

Référence inter établissements

<p>Référé(e) à : _____ _____</p> <p>Référé (e) par : _____</p> <p><u>Côté cour – point de service</u> Cour municipale <input type="checkbox"/> Palais de Justice <input type="checkbox"/></p> <p>Téléphone : (514) 861-0141 Téléphone : (514) 868-9577 Télécopieur : (514) 861-7035 Télécopieur : (514) 868-9585</p>	<p>Personne référée</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____ _____</p> <p>Ville : _____ Code postal _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Date de naissance : _____ Âge : _____</p> <p>Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></p>
<p>Nom de l'accusé (e) : _____ _____</p> <p>Lien avec la personne accusé : _____</p> <p># Événement policier, si connu : _____</p> <p># Cause à la Cour, si connu : _____</p> <p>Victime est-elle suivie au CLSC ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Commentaires : _____ _____ _____ _____</p>	<p>État civil : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/></p> <p>Langue de communication : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre, laquelle : _____</p> <p>Peut-on appeler au domicile ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Peut-on appeler au travail ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Peut-on laisser un message ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Besoin d'interprète ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans quelle langue? _____</p>
<p><u>Protocole CLSC-SPVM :</u></p> <p>Acceptation : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Refus : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Référence non effectuée : <input type="checkbox"/></p>	<p>Lieu de naissance : _____</p> <p>Statut de l'immigration : _____</p> <p>Occupation : _____</p>
<p>Autre organisme au dossier : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Nom de l'organisme : _____</p> <p>Nom de l'intervenant (e) : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Télécopieur : _____</p>	<p>Lorsque la personne référée a moins de 14 ans :</p> <p>Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>Adresse: _____</p>

CONTEXTE DE VIOLENCE CONJUGALE OU FAMILIALE

Si connu, compléter les informations suivantes :

Qui a appelé les policiers ? _____

Nombre de plaintes antérieures ? _____ Nombre de retraits de plaintes ? _____

Types d'infraction criminelle actuels : _____

Avez-vous déjà témoigné à la Cour dans une cause impliquant votre conjoint ? oui non

Type de violence envers la personne référée :

Physique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Verbale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Sexuelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Psychologique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Économique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Première relation conjugale violente ? oui non

Déjà consulté pour un problème de violence conjugale ou familiale ? oui non

Si oui, où? _____ Quand ? _____

Déjà consulté pour un problème de santé mentale ? oui non

Si oui, où? _____ Quand ? _____

Déjà consulté pour un problème d'alcool ou de drogues ? oui non

Si oui, où? _____ Quand ? _____

Enfants : oui non Si oui, combien ? _____

Date de naissance	OU	Âge des enfants
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____
_____		_____

Enfants présents lors de l'incident de violence conjugale ou familiale ? oui non ne s'applique pas

Enfants témoins de violence conjugale ? oui non ne s'applique pas

Enfants victimes de violence ? oui non ne s'applique pas

L'accusé(e) est le père ou la mère ? oui non ne s'applique pas

