

**IDENTIFICATION DU (DE LA) PATIENT(E) POUR RÉFÉRENCE À RIVO**

Nom de la personne référée : .....

Nom de la personne faisant la référence : .....

Organisme / téléphone de la personne faisant la référence: .....

Date de la référence : ..... Date de naissance : .....

Sexe : Masculin  Féminine

Téléphone : .....

Pays de naissance : .....

Courriel : .....

Langue (s) parlée (s) : .....

Besoin d'interprète ? : Oui  Non

Adresse : .....

Arrivé(e) au Canada depuis : .....

.....

No. ID PFSI : .....

Statut : demandeur d'asile  .....  
*(en attente, accepté, refusé ...)*

réfugié parrainé  résident permanent  citoyen

Nom de l'avocat d'immigration : .....  
*(si demandeur d'asile)*

*N.B. Cette section du document a été conçue comme outil pour faciliter le transfert des informations dont vous disposez déjà. Il n'est pas nécessaire de l'utiliser comme « questionnaire » pour solliciter les informations que le (la) patient(e) ne veut pas discuter.*

**1. Histoire de la personne :** Dans quel contexte la personne a-t-elle été torturée / subi la violence organisée ?

.....  
.....  
.....

Attachez si la personne vous autorise l'histoire présentée à la demande d'asile (la réponse à la question du FDA)

- Quel type de torture / violence a-t-elle subie ?

Génocide   
Guerre   
Prison

Battu, frappé   
Harcèlement   
Séquestré

Sexuelle   
Menaces   
Témoin

Électrique   
Attentat   
V. secondaire

Brulé   
Travaux forcés   
Familiale

Autres :

.....  
.....  
.....

- Quand a eu lieu le dernier évènement traumatisant ? .....

- Qui est responsable de la violence? Police  Militaire  Paramilitaire  Autre

**Précisions :**

---

---

---

---

**2. Diagnostic principal :** \_\_\_\_\_

**- De quel type(s) de séquelle(s) souffre-t-elle?**

SSPT	<input type="checkbox"/>	Cauchemars	<input type="checkbox"/>	Insomnie	<input type="checkbox"/>	Fatigue	<input type="checkbox"/>	Évitement	<input type="checkbox"/>
Anxiété	<input type="checkbox"/>	Stresse	<input type="checkbox"/>	Hypervigilance	<input type="checkbox"/>	Peurs	<input type="checkbox"/>	Culpabilité	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	Idéation suicidaire	<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	Tristesse / pleure	<input type="checkbox"/>	Confiance / estime de soi	<input type="checkbox"/>
Flashbacks	<input type="checkbox"/>	Dissociation	<input type="checkbox"/>	Épisode psychot	<input type="checkbox"/>	Concentration	<input type="checkbox"/>	Mémoire	<input type="checkbox"/>
Santé	<input type="checkbox"/>	Douleurs	<input type="checkbox"/>	Appétit	<input type="checkbox"/>	autre	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Précisions :**

---

---

---

---

**3. Situation actuelle de la personne (au Canada)**

Violence conjugale	<input type="checkbox"/>	Aide sociale	<input type="checkbox"/>
Violence sexuelle	<input type="checkbox"/>	Mère / père monoparental(e)	<input type="checkbox"/>
Réseau des proxénètes	<input type="checkbox"/>	Aux études	<input type="checkbox"/>
Pauvreté	<input type="checkbox"/>	En maison d'hébergement	<input type="checkbox"/>
Sans emploi	<input type="checkbox"/>	Autre (spécifiez)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Autres** \_\_\_\_\_

---

---

---

**4. Recommandations pour suivi :**

---

---

---

---