

ANNEXE NN : Formulaire de référence pour une copie client

Il s'agit d'un outil référencé dans la section [Outils pour établir des voies de référence](#) du chapitre 6 : Services et interventions SSRA. Le Comité permanent interorganisations (IASC) fournit des formulaires standard pour l'orientation des cas de santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) dans tous les secteurs humanitaires. Le guide a adapté ces formulaires, pour l'orientation des adolescent.e.s, vers différents services entre secteurs, tels que la nutrition, la violence basée sur le genre (VBG) ou encore l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EHA), etc. Il s'agit notamment des formulaires destinés à l'organisme qui effectue l'orientation, au client qui reçoit l'orientation et à l'organisme d'accueil qui reçoit la demande d'orientation. Cet outil est spécifiquement un formulaire de référence pour la cliente adolescente.

Copie de la cliente ☐ Routine ☐ Urgent Date d'orientation (de transfert) (JJ / MM / AA): _____

Formulaire d'orientation multisectorielle pour les clients adolescent.e.s

Organisme référant	
Organisme / Org :	Contact :
Téléphone :	E-mail :
Emplacement :	
Organisme d'accueil	
Organisme / Org :	Contact (si connu) :
Téléphone :	E-mail :
Emplacement :	
Informations du client adolescent	
Nom :	Téléphone (si disponible) : *
Âge :	
Genre identifié :	Adresse / Lieu (si disponible) : *
Langue :	
Remarques : **	

**Si le client adolescent n'est pas à l'aise pour partager ces informations, il n'est pas tenu de compléter la demande d'orientation. Faites preuve de discrétion lorsque vous posez des questions et utilisez les ressources de La Boîte à Outils pour parler aux adolescent.e.s (voir [Cinq principes pour créer une atmosphère de confiance pour le conseil aux adolescent.e.s](#)).*

***Utilisez cet espace pour inclure toute information supplémentaire nécessaire et / ou utile pour l'agence réceptrice, telle que les capacités de la cliente adolescente qui peuvent affecter sa capacité à accéder ou à recevoir les services de SSR (par exemple, les déficiences cognitives, les handicaps physiques, etc.)*

Informations générales / motif d'orientation : description du problème, durée, fréquence, etc. et services déjà fournis	
La cliente adolescente a-t-elle été informée de cette orientation ?	La patiente adolescente a-t-elle été orientée à une quelconque autre organisation ?
☐ Oui ☐ Non* (si non, expliquez ci-dessous)	☐ Oui * (si oui, expliquez ci-dessous) ☐ Non

**Utilisez cet espace si la cliente n'a pas consenti à l'orientation en raison de son état d'inconscience et de son besoin de services d'urgence pour sauver sa vie.*

Consentement à l'orientation & libération des informations (lisez avec la cliente adolescente et répondez aux questions avant de signer ci-dessous)

Je, _____ (nom de la cliente adolescente), comprends que le but de l'orientation et du partage de ces informations avec _____ (organisme d'accueil) est d'assurer ma sécurité et s'assurer que je reçois les services dont j'ai besoin. La personne qui preste les services, _____ (l'organisme référant), m'a clairement expliqué la procédure d'orientation et a énuméré les informations exactes qui doivent être partagées. En signant ce formulaire, j'autorise ce transfert et cet échange d'informations.

Signature de la cliente adolescente :

Date (JJ / MM / AA) :

Si la législation locale l'exige*, signature de la personne qui s'occupe de l'adolescent :

Date (JJ / MM / AA) :

**Les prestataires et les organismes référants doivent documenter le consentement dans toute la mesure des lois locales. Si aucune politique en matière de consentement n'existe, les normes internationales relatives à la documentation du consentement doivent être respectées. [Remarque : les normes internationales n'exigent pas le consentement d'un adulte pour recevoir des services.] Référez-vous aux sections [Services basés sur les installations](#) et [Données pour l'action](#) sur le consentement et l'assentiment pour trouver des conseils plus détaillés.*

Services demandés*

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Services de santé généraux | ☐ Services de gestion de camp | ☐ Services d'alimentation & des moyens de subsistance |
| ☐ Services SSR | ☐ Aide en espèces & bons services | ☐ Services d'assistance juridique |
| ☐ Services de VBG | ☐ Services de protection de l'enfant | ☐ Services d'abris |
| ☐ Services SMSPS | ☐ Services d'éducation | ☐ Services EHA |
| ☐ Services de nutrition | | ☐ Autre (veuillez expliquer ci-dessous) |

Veuillez expliquer tout service demandé :

**Certaines orientations peuvent avoir des services qui se chevauchent et / ou peuvent ne pas être disponibles dans tous les contextes. Cochez toutes les cases applicables.*

Détails de l'orientation

La cliente adolescente consent-elle à des communications de suivi après sa visite d'orientation ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quels moyens de communication la cliente adolescente préfère-t-elle ? (expliquez ci-dessous)

Orientation délivrée pour la cliente adolescente via :

- | | | | |
|--|---------------------------------|--|--------------------------------------|
| ☐ Téléphone (urgence seulement) | ☐ E-mail | ☐ Par voie électronique (par exemple, application ou base de données) | ☐ En personne |
|--|---------------------------------|--|--------------------------------------|

Communications de suivi attendues entre les organismes de référence à travers :

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Téléphone | ☐ E-mail | ☐ En personne |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|

Date (JJ / MM / AA) :

Les organismes de référence acceptent d'échanger pendant l'appel / le rendez-vous de suivi :

Nom et signature du destinataire : _____ Date de réception (JJ / MM / AA) : _____

Source : [Inter-Agency Referral Form and Guidance Note](#) (IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, 2017).