

Complément à l'histoire médicosociale Agression sexuelle (adultes : femmes et hommes)

1. Précisez s'il y a eu d'autres interventions médicales en rapport avec l'agression sexuelle avant que la victime se présente :

- examen gynécologique
- dépistage de MTS
- contraception d'urgence
- test de grossesse
- radiographies
- tests sanguins
- recherche de drogues ou d'alcool
- vaccin contre hépatite B
dose 1 2 3

- gammaglobulines : hépatite B
- antibiotiques
- anxiolytiques
- traitement de blessures,
spécifier :

2. Origine de la demande

- 911
- police
- groupe communautaire
- service de santé
(hôpital, CLSC, cabinet privé, etc.)
- annuaire téléphonique
- victime
- proches de la victime
- autre

3. Lieu de l'agression sexuelle

Spécifier : _____

4. Témoins de l'agression sexuelle (directs ou indirects)

Spécifier : _____

5. Circonstances particulières de l'agression sexuelle

- agression sur plusieurs jours
- plusieurs victimes
- violence conjugale

6. La victime est accompagnée à l'hôpital par

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> son ou ses enfants | <input type="checkbox"/> un-e ami-e ou des amis-es |
| <input type="checkbox"/> une intervenante ou un intervenant | <input type="checkbox"/> quelqu'un de la parenté |
| <input type="checkbox"/> un policier | <input type="checkbox"/> son conjoint ou sa conjointe |

7. La victime vit

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> seule | <input type="checkbox"/> avec son ou ses enfants |
| <input type="checkbox"/> avec ses parents | <input type="checkbox"/> avec un ou une colocataire |
| <input type="checkbox"/> avec son conjoint, sa conjointe | |

8. La victime

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> est étudiante | <input type="checkbox"/> travaille à temps partiel |
| <input type="checkbox"/> est sans travail | <input type="checkbox"/> travaille à temps plein |

9. Caractéristiques particulières de la victime. Elle

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> se déplace en fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> a un handicap intellectuel |
| <input type="checkbox"/> est atteinte de cécité | <input type="checkbox"/> a un autre handicap physique |
| <input type="checkbox"/> est atteinte de surdité | <input type="checkbox"/> est sous la curatelle publique |
| <input type="checkbox"/> est atteinte de paralysie cérébrale | <input type="checkbox"/> est sous une curatelle privée |

10. Recours à un interprète

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> langue utilisée : _____ |
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> langage par signes |

**11. La victime était déjà suivie ailleurs au moment de l'agression
(psychologue, psychiatre, travailleuse sociale, etc.)**

- oui
 non

12. Vaccin de l'hépatite B donné au centre désigné

- 1^{re} dose
 2^e dose
 3^e dose

**13. Méthode de contraception utilisée par la victime
(une contraception d'urgence est-elle indiquée?)**

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> anovulant | <input type="checkbox"/> hystérectomie |
| <input type="checkbox"/> ligature | <input type="checkbox"/> autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> stérilet | |

14. Références

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DPJ | <input type="checkbox"/> psychothérapeute |
| <input type="checkbox"/> CLSC | <input type="checkbox"/> psychiatre |
| <input type="checkbox"/> IVAC | <input type="checkbox"/> psychologue |
| <input type="checkbox"/> police | <input type="checkbox"/> sexologue |
| <input type="checkbox"/> hôpital | <input type="checkbox"/> médecin |
| <input type="checkbox"/> groupe communautaire | <input type="checkbox"/> avocate ou avocat |
| <input type="checkbox"/> centre d'hébergement | <input type="checkbox"/> autre, spécifier : |
| <input type="checkbox"/> travailleuse sociale, travailleur social | _____ |

15. Au moment de son départ, la victime est accompagnée

- d'un policier de proches d'une intervenante ou d'un intervenant
- la victime est partie seule en taxi (billet fourni par l'institution)

16. Rendez-vous de suivi

- aucun
- téléphonique date : _____
- médical date : _____
- psychosocial date : _____

17. Téléphone de la victime : _____

- confidentiel

Signature : _____ Date : _____

*Utilisation de la trousse médicosociale
sans prélèvements médicolégaux et de la trousse médicolégal*

