*(Ne pas remplir cette case)*

N° ITD

…… /……. / ……

Reçu le :

………………………….

**FICHE DE SIGNALEMENT**

**VULNERABILITE ET/OU MALTRAITANCE**

***\* Cette fiche est à remplir en fonction des informations dont vous avez connaissance.***

***Vous pouvez ne pas renseigner toutes les informations demandées si vous n’en disposez pas.***

**COORDONNEES DE LA PERSONNE QUI SIGNALE**

**Institution :**

**NOM – Prénom :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Mail :**

**Fax :**

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SIGNALEE\***

|  |
| --- |
| **Nom de naissance :**  **Nom marital :**  **Prénom :**  **Date et lieu de naissance ou âge :**  **Adresse complète:**  **Téléphone :** |

**COORDONNEES DE LA PERSONNE A L’ORIGINE DE L’INFORMATION\***

**NOM – Prénom :**

**Adresse :**

**Tél. : Mail :**

**La personne a un lien avec le majeur vulnérable ? 🞏 NON 🞏 OUI Lequel ?**

**La personne accepte d’être contactée pour le traitement de la situation ? 🞏 OUI 🞏 NON**

**La personne souhaite garder l’anonymat par rapport à la personne signalée? 🞏 OUI 🞏 NON**

**SITUATION FAMILIALE\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Inconnue** | **🞏** | **Marié** | **🞏** | **Célibataire** | **🞏** |
| **Veuf** | **🞏** | **Vit en couple** | **🞏** | **Divorcé** | **🞏** |
| **Conjoint**  **(Nom, prénom, date de naissance ou âge, adresse, téléphone, profession ou situation actuelle…)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Enfants**  **(Nom, prénom, date de naissance ou âge, adresse, téléphone,…)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Autres personnes vivant à domicile**  **(Nom, prénom, date de naissance ou âge, téléphone, lien avec la personne…)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Bénéficie d'un entourage social et/ou familial aidant : 🞏 OUI 🞏 NON** | | | | | |

**SITUATION AU REGARD DU LOGEMENT\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **🞏 Locataire** | **🞏 Milieu urbain** | **🞏 Famille d’accueil** |
| **🞏 Propriétaire** | **🞏 Milieu rural** | **🞏 Etablissement** |
| **🞏 Autre *(préciser)*** | **🞏 Sans domicile fixe** | **🞏 Accueil par la famille/un tiers** |

**SITUATION PROFESSIONNELLE\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **🞏 Salarié** | **🞏 Exploitant agricole** | **🞏 Travailleur indépendant** |
| **🞏 Sans activité** | **🞏 Retraité** | **🞏 Autre (*préciser*)** |

**INTERVENANTS AUPRES DE LA PERSONNE\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Cette personne est sous protection juridique 🞏 OUI 🞏 NON**  **(sauvegarde de justice, tutelle, curatelle)**    **Si oui, coordonnées de la personne qui assure sa protection :** | |
| **Coordonnées des personnes, professionnels ou services connaissant la situation**  **(nom, adresse, téléphone …)** | |
| **Médecin** |  |
| **Services d'aide à domicile** |
| **Services de soins** |
| **Secteur hospitalier (général ou spécialisé)** |
| **Service social** |
| **Mission locale** |
| **Structure d'accueil et d'hébergement** |
| **Autres / préciser** |
| **Personnes ressources pouvant aider au traitement de la situation**  **(Nom, prénom, adresse, téléphone, lien avec la personne…)** | |
|  | |

**SYNTHESE DES ELEMENTS RECUEILLIS\***

Joindre, si nécessaire et si possible, un certificat médical sous pli cacheté

à l'attention du médecin représentant du Conseil de l'Ordre des Médecins en ITD

**Description de la situation**

**Description des éléments de vulnérabilité ou des faits de maltraitance connus ou rapportés**

**Actions déjà menées**

|  |
| --- |
| **Communication faite à la personne signalée** |
| **La personne signalée est informée du signalement ? Oui 🞏 Non 🞏**  **Si non : pourquoi ?**  **La personne est demandeuse d’aide ? Oui 🞏 Non 🞏** |

**ORIENTATION DU SIGNALEMENT**

|  |
| --- |
| **🞏 Vulnérabilité**  → Envoi de la fiche de signalement au secrétariat permanent de l’Instance Technique Départementale par fax ou par mail (possibilité d’y joindre la grille de repérage). |
| **🞏 Maltraitance soupçonnée**  → Envoi de la fiche de signalement au secrétariat permanent de l’Instance Technique Départementale par fax ou par mail (possibilité d’y joindre la grille de repérage). |
| **🞏 Maltraitance avérée**  → Envoi de la fiche de signalement au Parquet par fax avec un certificat médical descriptif des lésions et appréciant l’Incapacité Temporaire de Travail si la victime en a un en sa possession et le remet.  **ET**  → Envoi de la fiche de signalement au secrétariat permanent de l’Instance Technique Départementale par fax ou par mail (possibilité d’y joindre la grille de repérage) |
| **🞏 Maltraitance avérée + situation grave et/ou urgente** (atteinte à l'intégrité physique, vie en danger)  → Contacter immédiatement les services de police ou de gendarmerie  **ET**  **→** Envoi de la fiche de signalement au secrétariat permanent de l’Instance Technique Départementale par fax ou par mail (possibilité d’y joindre la grille de repérage) |

**date**

**signature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECRETARIAT PERMANENT DE L’ITD**  **Téléphone 05 65 73 68 14**  **Fax 05 65 73 68 81**  **majeursvulnerables@aveyron.fr** | **PARQUET**  **Fax 05 65 73 43 30** | **POLICE OU GENDARMERIE**  **Appeler le 17** |