



FICHE DE SUIVI DE REFERENCEMENT

1. Informations générales	
Code d'identification :	Contact :
Date du référencement :	Localité :
Date du suivi du référencement :	Suivi effectué : <input type="checkbox"/> par téléphone <input type="checkbox"/> physiquement Si physiquement, précisez le lieu :
Feedback reçu de l'agence d'accueil :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

2. Référé par	Référé à
Organisation :	Organisation :
Nom du point focal :	Nom du point focal :
Fonction	Fonction :
Contact (tél et mail) :	Contact (tél et mail) :

3. Assistance pour laquelle la personne a été référée				
<input type="checkbox"/> Assistance médicale	<input type="checkbox"/> PSS/PSP/Santé mentale	<input type="checkbox"/> Réintégration socioéconomique	<input type="checkbox"/> Assistance alimentaire	<input type="checkbox"/> Assistance matérielle (NFI)
<input type="checkbox"/> Protection physique	<input type="checkbox"/> Accès à l'asile	<input type="checkbox"/> Assistance financière	<input type="checkbox"/> Documentation	<input type="checkbox"/> Retracement/ réunification familiale
<input type="checkbox"/> Détermination intérêt supérieur enfant	<input type="checkbox"/> Education	<input type="checkbox"/> Abri/ Hébergement sûr	<input type="checkbox"/> Assistance juridique ou légale	<input type="checkbox"/> Réhabilitation physique / aide technique
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :				

4. Résultat du référencement	
<input type="checkbox"/> Cas traité	Assistance fournie :
<input type="checkbox"/> Cas en attente	Préciser pourquoi :
<input type="checkbox"/> Cas en cours	Suivi à faire le :
<input type="checkbox"/> Cas nécessitant un complément d'information	Spécifier la nature du complément d'information requis :
<input type="checkbox"/> Service non disponible	Indiquer la localisation du service disponible le plus proche de la personne :
<input type="checkbox"/> Cas nécessitant un service supplémentaire	Préciser le service supplémentaire nécessaire :

5. Suite de la prise en charge
La personne nécessite-t-elle un autre référencement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, remplir le tableau section 6, ainsi qu'une nouvelle fiche de référencement destinée</i>
La personne nécessite-t-elle un suivi (à évaluer selon la vulnérabilité) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, remplir les tableaux section 7 et 8</i>

6. Assistance pour laquelle la personne doit à nouveau être référée				
<input type="checkbox"/> Assistance médicale	<input type="checkbox"/> PSS/PSP/santé mentale	<input type="checkbox"/> Réintégration socio-économique	<input type="checkbox"/> Assistance alimentaire	<input type="checkbox"/> Assistance matérielle (NFI)

<input type="checkbox"/> Protection physique	<input type="checkbox"/> Accès à l'asile	<input type="checkbox"/> Assistance financière	<input type="checkbox"/> Documentation	<input type="checkbox"/> Retracement/ réunification familiale
<input type="checkbox"/> Détermination intérêt supérieur enfant	<input type="checkbox"/> Education	<input type="checkbox"/> Abri/ Hébergement sûr	<input type="checkbox"/> Assistance juridique ou légale	<input type="checkbox"/> Réhabilitation physique/ aide technique
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :				

7. Calendrier de suivi envisagé (à évaluer en fonction de la vulnérabilité de la personne et la complexité de sa situation, du danger encouru, de sa probabilité d'occurrence, sa gravité et son acceptabilité)

Niveau	<input type="checkbox"/> Niveau 1 : risque faible	<input type="checkbox"/> Niveau 2 : risque moyen	<input type="checkbox"/> Niveau 3 : risque élevé
Fréquence (fournie à titre indicatif)	Chaque semaine pendant le premier mois ; bi-mensuelle par la suite	Deux fois par semaine la première semaine, chaque semaine le reste du 1 ^{er} mois, bi-mensuelle à partir du 2 ^{ème} mois	Tous les jours durant la première semaine, chaque semaine le reste du 1 ^{er} mois, bi-mensuelle à partir du 2 ^{ème} mois
Durée minimum	1 mois	2 mois	3 mois

8. Suivi

N°	Date	Réponse fournie
1		
2		
3		
4		

Résultat final du processus de prise en charge

--

Recommandations / commentaires

--

9. Redevabilité (à remplir à la clôture du cas)

La personne est-elle satisfaite de l'assistance reçue ?

Oui Non Partiellement

Expliquez :

Autre, précisez :

--