



Kit Partie A – Agression sexuelle

Formulaire de consentement du patient pour la collecte et la divulgation ou le stockage des preuves

APPOSER L'ÉTIQUETTE DU PATIENT
Ou entrez le nom du patient : _____

Informations additionnelles			
Téléphone du patient :		Email du patient :	
Nom de l'établissement :			

Instructions : Ce formulaire doit être utilisé lorsqu'un patient victime d'une agression sexuelle ou son tuteur autorise la collecte de preuves. Veuillez inclure les initiales du patient / des tuteurs sur les lignes désignées ; les signatures complètes sont requises au bas du formulaire.

Un mineur mature qui se présente au service des urgences d'un hôpital peut consentir ou non, sans l'intervention de ses parents, à un examen médico-légal, dans le cadre des soins post-agression sexuelle.

Ce formulaire de consentement n'a pas pour but de décrire toutes les composantes d'un examen médico-légal pour agression sexuelle. Le consentement pleinement éclairé du patient doit être obtenu tout au long de l'examen par une communication verbale continue entre le prestataire, le patient et le tuteur, le cas échéant. Enregistrez ce formulaire dans le dossier médical électronique du patient. Une copie peut être distribuée à la personne autorisée (patient et/ou tuteur) et aux forces de l'ordre, si elle est autorisée.

Consentement à la collecte de preuves d'infraction sexuelle

J'accepte que le prestataire m'examine et recueille des preuves d'agression sexuelle à l'aide du *kit de collecte de preuves d'agression sexuelle de l'État de New York, partie A*. Je comprends que cela peut inclure des questions sur mes antécédents personnels et médicaux, l'examen de blessures éventuelles ou d'autres problèmes médicaux et le prélèvement d'échantillons pour les preuves. Je peux également choisir de consentir à ce que des photographies des blessures soient prises, si nécessaire. Cette preuve sera utilisée si je veux signaler le crime aux forces de l'ordre.

Je comprends que je peux refuser tout ou partie de cet examen et de la collecte de preuves à tout moment. Le prestataire m'a informé de mes droits en me donnant un exemplaire de la « Charte des droits des victimes d'agression sexuelle de l'État de New York » et en me proposant de me l'expliquer.

Veillez mettre vos initiales à côté de votre choix :

Collecte de preuves Oui _____ Non _____

Photographies Oui _____ Non _____

... continuez à la Page 2

Consentement à la divulgation ou au stockage de preuves d'infraction sexuelle

Je peux décider de faire connaître mon cas aux forces de l'ordre et de leur transmettre les informations et les preuves recueillies sur moi. Les preuves peuvent comprendre le *kit de collecte de preuves d'infraction sexuelle de l'État de New York, partie A*, *kit de collecte de preuves d'infraction sexuelle de l'État de New York, partie B*, des photographies et/ou tout autre objet personnel recueilli pendant l'examen. Les forces de l'ordre donneront mes preuves à un laboratoire médico-légal pour des tests.

Ou bien, je peux décider de ne pas informer les forces de l'ordre ou de ne pas permettre que mes preuves et les informations recueillies leur soient communiquées. On m'a dit que les preuves que j'ai recueillies seront conservées en sécurité pendant 20 ans. Si je ne souhaite pas que mes preuves soient remises aux forces de l'ordre au cours de la période de conservation de 20 ans, elles seront ensuite éliminées conformément aux lois nationales et locales.

Je comprends que je peux choisir de divulguer mes preuves aux forces de l'ordre à tout moment jusqu'à ce qu'elles aient été éliminées. Pour divulguer mes preuves, je peux contacter le prestataire médical qui les a recueillies, les forces de l'ordre, les programmes d'aide aux victimes ou le centre de stockage sécurisé. Si mes preuves doivent être déplacées, et avant qu'elles ne soient éliminées, quelqu'un s'efforcera de m'en informer.

Je comprends que mes vêtements et tout autre objet personnel collecté comme preuve me seront rendus si je le demande.

Veillez mettre vos initiales à côté de votre choix :

Notifier les forces de l'ordre Oui _____ Non _____

Communiquer les preuves aux forces de l'ordre
(Si vous répondez non, les preuves seront envoyées au stockage à long terme) Oui _____ Non _____

Communiquer les photographies aux forces de l'ordre Oui _____ Non _____

Communiquer d'autres éléments (spécifiez) _____ Oui _____ Non _____

La personne qui autorise le consentement est : Patient Parent du patient Tuteur du patient

Autre (spécifiez) : _____

Signature de la personne qui donne le consentement Nom en caractères d'imprimerie Date

Signature du prestataire de soins médicaux Nom en caractères d'imprimerie Date

Signature de l'interprète (le cas échéant) Nom en caractères d'imprimerie Date

Distribution : Original dans le dossier médical du patient ; copie au patient ;
Copie aux forces de l'ordre, en cas de notification

Ne pas placer le formulaire de consentement dans la boîte du kit de la partie A

Conformément à la loi de l'État de New York, les versions traduites du présent document sont disponibles dans les langues concernées à l'adresse <https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>