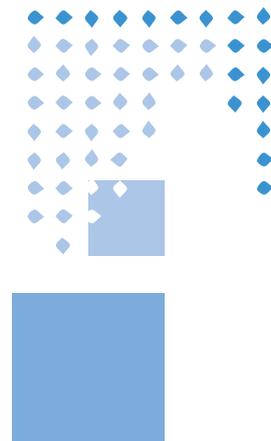


# عدالت با حقیقت آغاز می شود



فرمی برای مستندسازی و  
گزارش‌دهی شکنجه، تجهیزات  
استفاده شده و جراحات در  
حین اعتراض و بازداشت



International Rehabilitation  
Council for Torture Victims

ifeg independent  
forensic  
expert group

Berkeley Public  
Health



Omega Research Foundation



## دستور العمل

این فرم به منظور استفاده همه قربانیان و شاهدان شکنجه و سایر موارد نقض حقوق بشر در طول اعتراض، بازداشت و حبس طراحی شده است.

این فرم به شما کمک می کند تا تجربیات خود و هر گونه شواهد آسیب فیزیکی و همچنین تجهیزات نظامی، امنیتی و پلیسی که برای آسیب رساندن به شما مورد استفاده قرار گرفته را مستند و گزارش کنید.

اگر قصد دارید شکایت قانونی تنظیم کنید، این فرم می تواند به مستندسازی تجربیات و جراحات شما کمک کند. با این حال، توصیه می شود با یک وکیل حقوقی نیز مشورت کنید.

شما این گزینه را در اختیار دارید که هویت خود را اعلام کرده یا این فرم را به صورت ناشناس تکمیل کنید. اگر تصمیم به پر کردن بخش هویت شخصی (بخش 0 اطلاعات عمومی) گرفتید، باید از هرگونه عواقب قانونی آن، از جمله احتمال مجرم انگاری خود به دلیل شرکت در اعتراض غیرقانونی آگاه باشید. اگر از عواقب اعلام هویت خود مطمئن نیستید، باید با یک وکیل مشورت کنید.



## اطلاعات عمومی

## 0

**1. هویت شخصی**

(اختیاری. اگر می خواهید ناشناس  
بمانید، این بخش را پر نکنید)

1. نام: \_\_\_\_\_

2. تاریخ تولد (روز/ماه/سال): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. اطلاعات تماس:

ایمیل \_\_\_\_\_

تلفن \_\_\_\_\_

**2. اطلاعات پایه**

1. تاریخ جاری (روز/ماه/سال): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. جنسیت:  زن  مرد  بیناجنسی  ترجیح می دهم پاسخ ندهم3. آیا هویت خود را به عنوان فرد LGBTQ+ تعریف می کنید؟  بله  خیر  ترجیح می دهم پاسخ ندهم

4. شغل: \_\_\_\_\_

**3. من در حال گزارش دادن**

نقض حقوق بشر در جایگاه زیر  
هستم:

شاکی  شاهد **4. مکان وقوع حادثه**

(لطفاً تمامی گزینه های مرتبط را  
علامت بزنید)

مکان اعتراض (لطفاً بخش 1 را تکمیل کنید)

بازداشت (مانند وسیله نقلیه حمل و نقل یا پاسگاه پلیس) (لطفاً بخش 2 را تکمیل کنید)

**5. آیا در جریان این رویداد**

آسیب دیدید؟

بله  خیر  (در صورت مثبت بودن، لطفاً بخش 4 را تکمیل کنید)







چه (ادامه)

چه اتفاقی برای شما افتاد؟ (لطفاً توضیح دهید چگونه بد رفتاری با شما شد و/یا مجروح شدید)

2. (ادامه)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

لطفاً تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید

ضرب و شتم	آسیب به سر	ضرب و شتم کف پا	آویزان کردن
سوختگی	شوک الکتریکی	خفه کردن	فشرده شدن

قرار دادن در وضعیت دردناک بدنی (مثل نشستن طولانی یا زانو زدن)

قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی تحریک کننده (مثل اجبار به برهنگی)

ممانعت از حرکت مورد اصابت قرار دادن با یک وسیله به عنوان چاقو برآورده نشدن نیازهای اولیه (مثل آب، توالیت)

شرایط نامناسب محرومیت از خواب تماشای/شنیدن آزار دیگران

وادار کردن برای آسیب زدن به دیگران قرار گرفتن در دمای بسیار بالا یا پایین

کمبود مراقبت های پزشکی تهدید تحقیر

سایر (مشخص کنید):

چه کسی این کار را انجام داد: (لطفاً در صورت اطلاع مشخص کنید)

لطفاً تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید

پلیس	نیروهای نظامی	نیروهای امنیتی	مأموران لباس شخصی
------	---------------	----------------	-------------------

نمی‌دانم / مطمئن نیستم سایر (مشخص کنید):

### 3. حقوق قانونی مرتبط و اقدامات حفاظتی

#### یک. تحقیق

الف. آیا این آزار و اذیت را به کسی اطلاع دادید؟

بله خیر

اگر بله:

چه زمانی

به چه کسی

وکیل پلیس نیروهای نظامی دادستان  
قاضی کارکنان دادگاه کارکنان بازداشتگاه

سایر (مشخص کنید):

ب. آیا بر اساس آنچه شما گفتید، اقدامی انجام دادند؟

بله خیر

#### دو. حقوق شخص مورد اتهام

الف. آیا از اتهامات علیه خود مطلع شدید؟

بله، چه زمانی: خیر

آیا از حقوق خود مطلع شدید؟

بله، چه زمانی: خیر

اگر بله، آیا اسنادی را درباره آن امضا کرده و درک کردید؟

بله خیر

پ. آیا اجازه داشتید با خانواده خود تماس بگیرید؟

بله، چه زمانی: خیر

ت. آیا اجازه داشتید با وکیل خود تماس بگیرید یا به وکیل دسترسی داشته باشید؟

بله، چه زمانی: خیر

#### سه. مدت زمان بازداشت

الف. چه مدت در بازداشت برای بازجویی یا بازپرسی بودید:

ب. چه مدت قبل از ارجاع به دادستان در بازداشت بودید:

پ. چه مدت قبل از ملاقات با قاضی در بازداشت بودید:

ت. چه زمانی از بازداشت آزاد شدید؟

تاریخ (روز/ماه/سال): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## تجهیزات استفاده شده

## 3

## 1. ایمنی

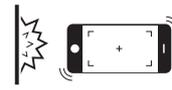
## ایمنی خود را حفظ کنید



سلاح‌ها می‌توانند منفجر شوند یا داغ باشند! خطر!



حمل سلاح می‌تواند خطرناک باشد و ممکن است غیرقانونی باشد



تنها زمانی عکس بگیرید که انجام این کار خطری نداشته باشد



عکس‌های خود را به صورت ایمن و مطمئن به اشتراک بگذارید

حق امتیاز: پروفیسور آنا فیگنباوم، جان هوران، بنیاد پژوهشی امگا، و یادداشت‌های کاری

2. لطفاً هر گونه تجهیزات نظامی، امنیتی یا پلیسی که استفاده شده را مشخص کنید

آیا از تجهیزات پلیسی یا نظامی علیه شما استفاده شده است؟

بله خیر

اگر بله، لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید:

لطفاً تمام مواردی که صدق می‌کند را علامت بزنید

آبپاش فشار قوی      مواد شیمیایی تحریک‌کننده (مانند گاز اشک‌آور یا اسپری فلفل)  
 مهمات ضربه‌ای (مثلاً گلوله — مشخص کنید):      لاستیکی      پلاستیکی      فومی      فلزی  
 گلوله جنگی      نارنجک شوک‌زا (نور شدید و صدای بلند)  
 باتوم‌ها (مشخص کنید):      چوبی      لاستیکی      فلزی  
 دستبند یا انواع دیگر غل و زنجیر (مشخص کنید):      فلزی      پلاستیکی  
 دستگاه‌های شوک الکتریکی (مثل شوکر یا باتوم الکتریکی)      گاز/دود ناشناخته  
 دستگاه‌های انفجاری ناشناخته      وسایل دم دستی (مثل کفش، چوب)  
 سایر (مشخص کنید): \_\_\_\_\_

توضیحات درباره تجهیزات (شامل رنگ، شکل و هر ویژگی متمایز):

---



---



---



---



---



---



---



---



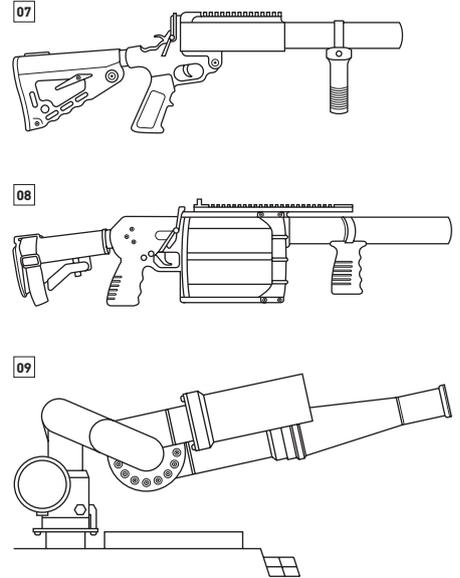
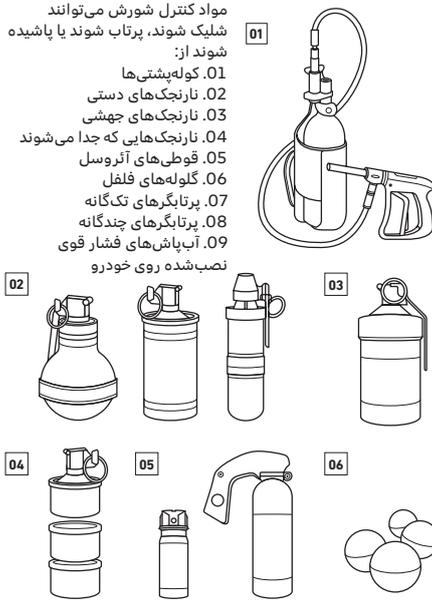
---



---

### 3. شناسایی مواد شیمیایی تحریک کننده

یک. مکانیزم های پراکنش (در خصوص مواد شیمیایی تحریک کننده): (لطفاً تمامی مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)



حق امتیاز: پروفیسور آنا فیگنباوم، جان هوران، بنیاد پژوهشی امگا، و یادداشت های کاری

دو. اثرات پزشکی (در خصوص مواد شیمیایی تحریک کننده): (لطفاً تمامی مواردی که صدق می کند را علامت بزنید)

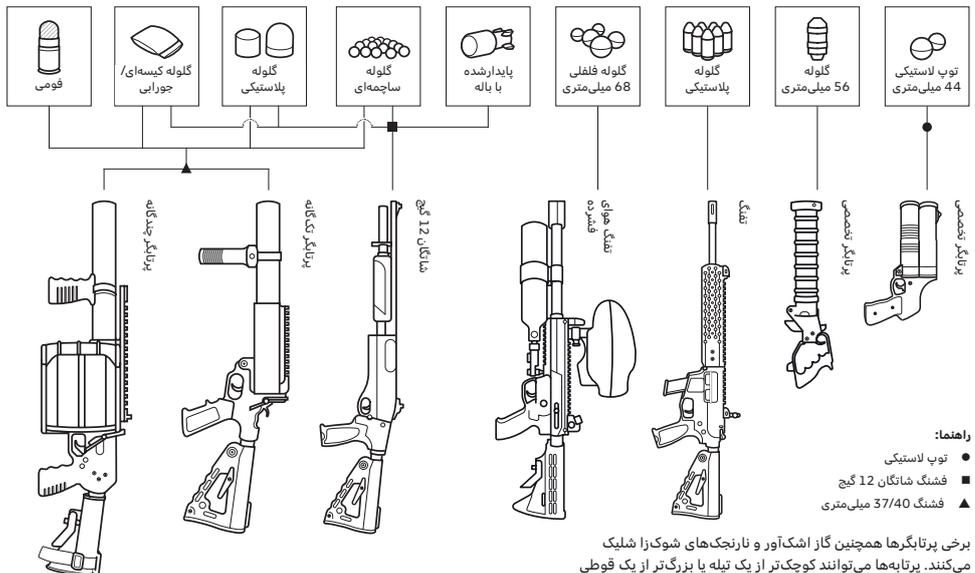
سوزش، خارش یا اشک ریزی چشم ها

التهاب و درد شدید در چشم ها، بینی یا دهان

سایر (مشخص کنید):

### 4. شناسایی پرتابه ها

لطفاً تمام مواردی که صدق می کند را علامت بزنید



راهنما:  
● توپ لاستیکی  
■ فشنگ شاکگان 12 گیج  
▲ فشنگ 37/40 میلی متری

برخی پرتابه ها همچنین گاز اشک آور و نارنجک های شوک را شلیک می کنند. پرتابه ها می توانند کوچک تر از یک تپله یا بزرگ تر از یک قوطی نوشابه باشند. برخی به صورت تکی شلیک می شوند. برخی دیگر به صورت چندتایی از فشنگ های که در راهنمای بالا ذکر شده شلیک می شوند.

حق امتیاز: پروفیسور آنا فیگنباوم، جان هوران، بنیاد پژوهشی امگا، و یادداشت های کاری

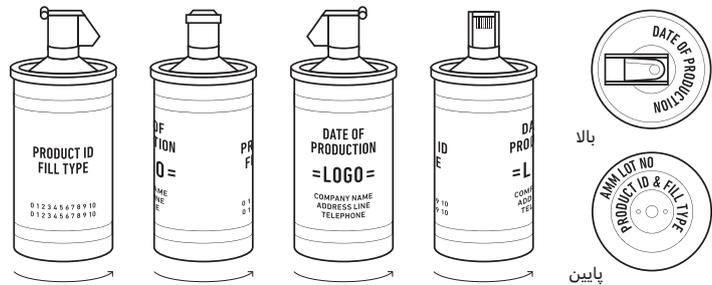
## 5. عکس های تجهیزات؟

- شما می توانید عکس (ها) را ارائه دهید/پیوست کنید.
- اگر می خواهید عکس بگیرید، اینجا چند نکته آمده است:

- از محیط اطراف نیز در عکس بگیرید
- از سلاح در محلی که پیدا کرده اید عکس بگیرید
- عکاسی با فلاش و بدون فلاش را امتحان کنید
- از قابلیت زوم دوربین استفاده کنید
- از هر سلاح به صورت جداگانه عکس بگیرید
- از تمام جهات سلاح، از جمله بالا و پایین عکس بگیرید
- عکس های واضحی از تمام جزئیات موجود بگیرید و مطمئن شوید که هر متنی و علامتی واضح و دارای فوکوس باشد

### تمام جزئیات را از همه زوایا عکاسی کنید

از تمام جهات سلاح، از جمله بالا و پایین عکس بگیرید. عکس های واضح از تمام جزئیات موجود بگیرید و مطمئن شوید که هر متنی و علامتی واضح و دارای فوکوس باشد.



حق امتیاز: پروفیسور آنا فیگنباوم، جان هوران، بنیاد پژوهشی امگا، و یادداشت های کاری

آیا هیچ عکسی دارید؟ بله خیر

اگر بله، چه کسی عکس ها را گرفت؟

خودم عکس گرفتم کسی دیگر عکس گرفت

لطفاً جزئیات بیشتری ارائه دهید:

چه زمانی

تاریخ (روز/ماه/سال): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ساعت (فرمت 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

عکس (ها) ارسال شده؟ بله، تعداد عکس ها را مشخص کنید: \_\_\_\_ خیر

اگر نتوانستید از تجهیزات استفاده شده عکس بگیرید، لطفاً آن را در زیر رسم کنید:

# 4 جراحات

## 1. آیا در جریان اعتراض یا بازداشت مجروح شدید؟

بله خیر

**اگر بله، لطفاً به سوالات زیر پاسخ دهید:**

**الف. آیا جراحات قابل مشاهده دارید یا داشتید؟**

(مانند کبودی، بریدگی، خراش، تورم)

بله خیر

**اگر بله، لطفاً بخش بعدی (2) را به منظور توصیف جراحات قابل مشاهده خود تکمیل کنید.**

**ب. آیا درد یا ناراحتی جسمی دیگر دارید یا داشتید؟**

(مانند پیچ خوردگی مچ پا، رگ به رگ شدن مچ دست، یا سردرد)

بله خیر

**اگر بله، لطفاً مشخص کنید:**

---



---



---



---

**پ. آیا به خاطر جراحات خود کاری وجود دارد که اکنون نمی توانید انجام دهید؟**

(مانند نشستن، دراز کشیدن، بلند کردن دست، ادرار کردن، یا نوشتن)

بله خیر

**اگر بله، لطفاً مشخص کنید:**

---



---



---



---

**آیا مواردی از نیازهای پزشکی وجود داشت که برآورده نشود؟**

(مانند اجازه نداشتن مصرف دارو یا دریافت درمان برای جراحات)

بله خیر

**اگر بله، لطفاً مشخص کنید:**

---



---



---



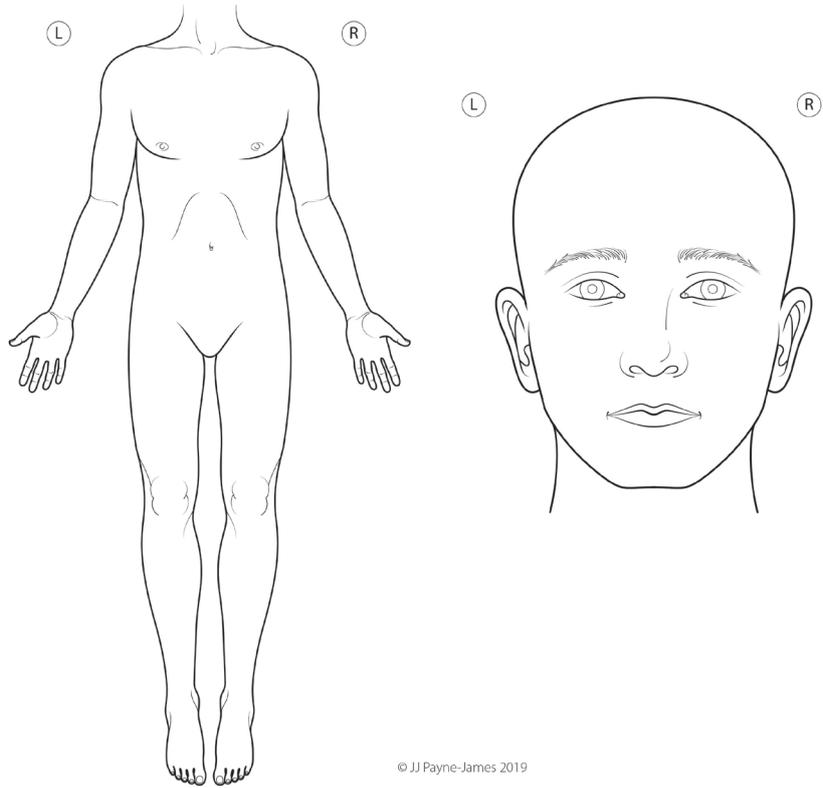
---

## 2. ثبت جراحات قابل مشاهده

### دستورالعمل:

از نمودارهای بدن برای علامت‌گذاری ناحیه‌هایی از بدن خود که جراحات قابل مشاهده دارید یا داشتید (مانند کبودی، بریدگی، چشم‌های تحریک شده، خراش، تورم و غیره) استفاده کنید. اندازه و شکل جراحات خود را در نمودار نشان دهید.

لطفاً نمودار زیر را علامت‌گذاری کرده و جراحات روی جلوی سر و/یا بدن خود را توصیف کنید:



\* چپ و راست همانطور که انگار به کسی نگاه می‌کنید یا در آینه هستید نشان داده شده‌اند

سعی کنید جراحات خود را به بهترین شکل **توصیف کنید**. ظاهر آنها را توصیف کنید، مانند رنگ، شکل، اندازه و تعداد:

---



---



---



---



---



---



---



---



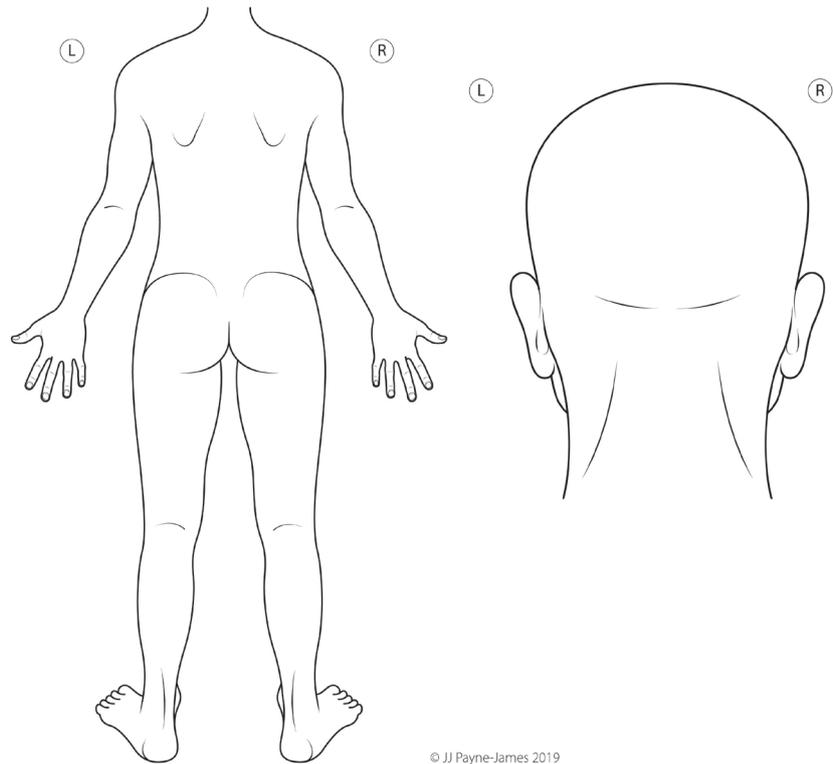
---



---

لطفاً نمودار زیر را علامت گذاری کرده و جراحات روی پشت سر و/یا بدن خود را توصیف کنید:

2. (ادامه)



سعی کنید جراحات خود را به بهترین شکل **توصیف کنید**. ظاهر آنها را توصیف کنید، مانند رنگ، شکل، اندازه و تعداد:

---



---



---



---



---



---



---



---



---

### 3. عکس‌های جراحات؟

- شما می‌توانید عکس‌ها را ارائه دهید/پیوست کنید.
- اگر می‌خواهید عکس بگیرید، اینجا چند نکته آمده است:
  - از هر جراحات عکس‌های متعدد از زوایای مختلف بگیرید - هرچه بیشتر، بهتر
  - ابتدا یک عکس کامل از بدن بگیرید تا بتوانیم الگوی جراحات را ببینیم
  - سپس عکس‌هایی از فاصله متوسط بگیرید تا جراحات و ناحیه بدن شما را ببینیم
  - در نهایت، عکس‌های نزدیک از هر جراحات بگیرید
  - لطفاً عکس‌ها را با یک خط‌کش یا شیء معمولی مانند سکه یا قلم کنار جراحات بگیرید تا بتوانیم اندازه آن را تشخیص دهیم
  - تاریخ و زمانی که عکس‌ها را گرفتید ثبت کنید
  - اگر ممکن است، عکس‌ها را با استفاده از نور طبیعی بگیرید

آیا عکس‌هایی از جراحات خود دارید؟

بله

خیر

اگر بله، چه کسی عکس‌های جراحات شما را گرفت؟

خودم عکس گرفتم      کسی دیگر عکس گرفت

لطفاً جزئیات بیشتری ارائه دهید:

چه زمانی

تاریخ (روز/ماه/سال): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ساعت (فرمت 00:00-23:59): \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

عکس‌ها ارسال شده؟

بله، تعداد عکس‌ها را مشخص کنید: \_\_\_\_\_

خیر

سایر توضیحات:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

#### 4. دسترسی به پزشک/کمک پزشکی:

آیا توسط پزشک معاینه شدید؟ بله خیر

اگر خیر، آیا درخواست کردید پس از آزار و اذیتی که توصیف کردید، پزشک ببینید؟

بله، به چه کسی: \_\_\_\_\_ خیر \_\_\_\_\_

اگر بله،

الف. چه زمانی: در حین اعتراض در حین بازداشت، لطفاً تمامی مواردی که صدق می کند را علامت بزنید:

هنگام دستگیری  پس از بازجویی  قبل از قرار گرفتن در سلول

در دادگاه  هنگام آزادی  هنگام انتقال به مرکز دیگر

سایر (مشخص کنید): \_\_\_\_\_

ب. آیا معاینه پس از آزار و اذیتی که توصیف کردید انجام شد؟ بله خیر

پ. لطفاً به سوالات زیر نیز پاسخ دهید:

1. معاینه در کجا انجام شد؟ \_\_\_\_\_

2. معاینه چه مدت پس از بازداشت شما انجام شد؟ \_\_\_\_\_

3. معاینه چقدر طول کشید؟ \_\_\_\_\_

4. آیا خودتان درخواست این معاینه را کردید یا کسی دیگر؟

خودم  شخصی دیگر، (مشخص کنید): \_\_\_\_\_

5. آیا به طور داوطلبانه رضایت خود را برای این معاینه اعلام کردید؟

بله  خیر، چرا نه: \_\_\_\_\_

6. آیا این معاینه در خلوت انجام شد؟ (بدون حضور دیگران یا امکان شنیدن توسط دیگران)

بله  خیر، (مشخص کنید): \_\_\_\_\_

7. آیا به پزشک درباره نحوه بدرفتاری یا آزار و اذیت خود گفتید؟

بله  خیر، چرا نه: \_\_\_\_\_

8. در طول معاینه پزشکی:

کاملاً برهنه  نیمه برهنه  کاملاً لباس پوشیده

(یعنی درخواست برای برهنه شدن نشده است)

9. آیا در طول معاینه از جراحات شما عکس گرفتند؟ بله خیر

10. آیا توانسته اید گزارش پزشکی را بخوانید؟ بله خیر

11. آیا نسخه ای از گزارش پزشکی را دارید؟ بله خیر

#### 5. ارجاع برای معاینه پزشکی قانونی:

آیا برای معاینه توسط پزشک قانونی/متخصص پزشکی قانونی ارجاع داده شده اید؟

بله  خیر  اگر بله، کجا:

شهر \_\_\_\_\_ مکان یا نام مرکز \_\_\_\_\_



