

CERTIFICAT MEDICAL POUR AGRESSION SEXUELLE

Je soussigné (e) Docteur _____

Spécialisation _____

Certifie avoir examiné le ____ / ____ / ____ à _____ heures

A _____ (lieu)

? sur réquisition de _____

? à la demande du, de la patient(e)

? à la demande des parents

IDENTIFICATION DE LA VICTIME

NOM

Prénom

Date de naissance

Sexe

Adresse

Profession

DIRES DE LA VICTIME

Mr., Mme _____ se dit avoir été victime le ____ / ____ / ____

A _____ heures

De (types d'agressions)

Lieu de l'agression :

De la part de (nombre) _____ individus

? inconnu (s) de la victime

? antérieurement connu(s) de la victime

L'agresseur aurait utilisé :

? ? des menaces verbales

? ? ? ? des menaces physiques

? des coups

POINGS – PIEDS – TETE – ARME BLANCHE – ARME à FEU – INSTRUMENT CONTONDANT –
AUTRE

? des substances toxiques

EXAMEN PHYSIQUE :

- ? état de conscience
- ? aspect général de la victime (état des vêtements, corpulence, taille, poids)
- ? caractère sexuelles secondaires (seins, pilosité pubienne, axillaire)
- ? analyse descriptives des lésions constatées

EXAMEN GYNECOLOGIQUE (ET ANAL):**1. INSPECTION**

aspect des organes génitaux externes :

aspect de l'hymen :

?? hymen déchiré :

? déchirure ancienne

? déchirure récente

situation des déchirures _____

?? hymen intact ecchymotique

?? hymen intact complaisant

? hymen intact non complaisant

présence de tâches d'aspect spermatique ? oui ? non

aspect de la marge anale :

?? aspect normal

?? présence de fissure(s) anale(s)

localisation _____

2. TOUCHER VAGINAL (ET ANAL) :

3. EXAMEN SOUS SPECULUM (ET ANUSCOPE)

Paroi vaginale :

Col utérin :

Anus et Rectum :

Présence de corps étranger	??	oui	??	non
? ?	? ??	vagin	??	rectum

EXAMENS BIOLOGIQUES EFFECTUES

- ?? prélèvements bactériologiques
- ?? recherche de spermatozoïdes
- ? réaction biologique de grossesse
- ? autres

TRAITEMENT PRESCRIT

RETENTISSEMENT PSYCHOLOGIQUE :

Au terme de l'examen médical de

Les constatations directement en rapport avec l'agression sexuelle, la nature des lésions de violence décrites et les retentissements fonctionnel et psychologique qui en découlent entraînent , sous réserve de complications ultérieures, une incapacité de travail (IT) de :

Fait en doubles exemplaires, à _____ le ____/____/____

Signature du Médecin

Pour authentification _____

Certificat remis à :

Nom : _____

Prénom : _____