

## 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 : \_\_\_\_\_