



Pays :
Nom de la structure médicale ou du projet:

CERTIFICAT MEDICAL VIOLENCE SEXUELLE ADULTE / MINEUR(E)

Sur la base du dossier médical

Document confidentiel couvert par le secret médical

Nom, prénom du (de la) patient(e) :
Date de naissance :/...../..... Age : Sexe : M F Code Patient(e) :
Adresse du (de la) patient(e) :
Nom, prénom de l'accompagnant(e) du (de la) patient(e) si mineur(e) :
Lien entre le (la) patient(e) mineur(e) et l'accompagnant(e) (Père, mère, autre...) :
Date de l'examen médical :/...../.....

Je, soussigné(e).....(nom, prénom), soignant(e) MSF, certifie que le dossier médical du/ de la patient(e) susmentionné, qui dit avoir été victime d'une agression sexuelle le/...../..... (date), contient les éléments suivants :

A l'entretien, le (la) patient(e) a déclaré que : *Tout le récit, tel que raconté par le/a patient(e) – en utilisant les mots du/ de la patient(e) – doit être retranscrit du dossier médical de manière strictement identique*

«

(Si mineur(e)) A l'entretien, l'accompagnant(e) a déclaré que : *Tout le récit doit être retranscrit du dossier médical de manière strictement identique (même niveau de détail et utiliser les mots prononcés par l'accompagnant(e).)*

«

(Si nécessaire, continuer la retranscription du récit du (de la) patient(e)/ de l'accompagnant(e) page 2)

L'examen médical a montré que:

– **Examen du comportement général** :

– **Examen médical général** :

– **Examen génital** :

– **Examen anal** :

– **Prélèvements effectués** :

Conclusion facultative

Ce (tte) patient(e) présente des traces physiques et une réaction psychique compatibles avec l'agression qu'il/elle dit avoir subie.

L'usage de la contrainte et de la menace lors de l'agression, ou le délai entre la date de l'agression et la date de la consultation médicale, peuvent expliquer l'absence de traces de violence physique sur ce (tte) patient(e).

L'absence de traces physiques ne signifie PAS que l'agression sexuelle n'a pas eu lieu.

Certificat fait le/...../... ..en deux exemplaires, pour valoir ce que de droit.

Signature du (de la) soignante

Cachet MSF

A l'entretien, le (la) patiente/ l'accompagnant(e) (*précisez*) a déclaré (suite de la page 1):

Date

Signature du (de la) soignant(e)

Cachet MSF