

# CERTIFICAT MÉDICAL D'AGRESSION SEXUELLE

Document Confidentiel

Date d'aujourd'hui / / à \_\_\_\_\_ heures Lieu de l'examen médical

## A. INFORMATION SUR LE / LA PATIENT(E)

1. Nom	2. Post-nom	3. Prénom (s)
4. Adresse		5. Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
6. Âge <input type="checkbox"/> Ne sait pas	7. Date de naissance / / <input type="checkbox"/> Ne sait pas	8. Lieu de naissance <input type="checkbox"/> Ne sait pas
9. Etat civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf / Veuve <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Non applicable		

Noter: Si le patient est de sexe masculin, sauter jusqu'à la question numéro 14.

10. Date des dernières règles / / <input type="checkbox"/> Non réglée <input type="checkbox"/> Post-ménopausique <input type="checkbox"/> Ne sait pas		
11. Nombre de grossesses	12. Nombre de naissances vivantes	13. Actuellement enceinte <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
14. Le / la patient(e) a eu un rapport sexuel consenti au cours des 7 jours qui ont précédé la date de l'examen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
15. Le / la patient(e) a subi des blessures anales / génitales, opérations, procédures diagnostiques ou traitement médical au cours des 60 jours qui ont précédé l'agression, susceptibles d'affecter l'interprétation du présent examen médical <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Oui, » expliquer : _____		

16. La date et l'heure de l'agression / / : _____ <input type="checkbox"/> Ne sait pas	17. Lieu de l'agression <input type="checkbox"/> Ne sait pas
18. Utilisation de force, de menaces ou d'arme(s) (cocher tout ce qui s'applique) <input type="checkbox"/> Force physique <input type="checkbox"/> Armes <input type="checkbox"/> Menaces contre le / la patient(e) <input type="checkbox"/> Menaces contre de tiers <input type="checkbox"/> Pas de force <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
19. Type de force / armes (cocher tout ce qui s'applique) <input type="checkbox"/> Bâtons <input type="checkbox"/> Couteaux <input type="checkbox"/> Bandeau <input type="checkbox"/> Mains <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre (tel que la nudité forcée, la suspension, la torture électrique, témoignage ou participation dans la torture des autres, etc.) : _____ <input type="checkbox"/> Pistolets <input type="checkbox"/> Contraintes <input type="checkbox"/> Bâillon <input type="checkbox"/> Pieds _____	
20. Intoxication chimique involontaire du / de la patient(e) (cocher tout ce qui s'applique) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Drogues <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre : _____	

## B. INFORMATION SUR LE(S) SUSPECT(S)

1. Nombre de suspects <input type="checkbox"/> Un (1) <input type="checkbox"/> Deux (2) <input type="checkbox"/> Trois (3) <input type="checkbox"/> Plus de trois Si « plus de trois, » préciser le nombre : _____ <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Premier Suspect: répondre aux questions 2 à 6	Deuxième Suspect: répondre aux questions 7 à 11
2. Relation entre le suspect et le / la patient(e) <input type="checkbox"/> Connaissance <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Étranger <input type="checkbox"/> Partenaire intime / Ex-partenaire <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre : _____	7. Relation entre le suspect et le / la patient(e) <input type="checkbox"/> Connaissance <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Étranger <input type="checkbox"/> Partenaire intime / Ex-partenaire <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Autre : _____
3. Sexe du suspect <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Ne sait pas	8. Sexe du suspect <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Ne sait pas
4. Âge approximatif du suspect <input type="checkbox"/> Ne sait pas	9. Âge approximatif du suspect <input type="checkbox"/> Ne sait pas
5. Le suspect est un: <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Militia <input type="checkbox"/> Ne sait pas	10. Le suspect est un: <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Militaire <input type="checkbox"/> Militia <input type="checkbox"/> Ne sait pas
6. Langue(s) parlée(s) par le suspect <input type="checkbox"/> Ne sait pas	11. Langue(s) parlée(s) par le suspect <input type="checkbox"/> Ne sait pas

Si trois suspects ou plus, compléter la question 12.

12. Décrire les suspects en détail (préciser leur relation avec le / la patient(e), leur sexe, leur âge approximatif, si les suspects sont des policiers / militaires / rebelles, la langue parlée, etc.) : _____ _____ _____
---

Nom du clinicien \_\_\_\_\_ N°C.N.O.M. \_\_\_\_\_  
Signature du clinicien \_\_\_\_\_ page 1 sur 4 Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CERTIFICAT MÉDICAL D'AGRESSION SEXUELLE (suite)**

**C. RÉSUMÉ DES ACTES DÉCRITS PAR LE / LA PATIENT(E)**

<b>1. Pénétration de l'appareil génital féminin par :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Tenté</b>	<b>Ne sait pas</b>	<b>Commentaires :</b>
a. le pénis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. le(s) doigt(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. corps étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>2. Pénétration de l'anus par :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Tenté</b>	<b>Ne sait pas</b>	<b>Commentaires :</b>
a. le pénis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. le(s) doigt(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. corps étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>3. Contact oral avec l'appareil génital</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Tenté</b>	<b>Ne sait pas</b>	<b>Commentaires :</b>
a. du suspect sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. d'un tiers sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. du / de la patient(e) sur le suspect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. du / de la patient(e) sur un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>4. Contact oral avec la sphère anale :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Tenté</b>	<b>Ne sait pas</b>	<b>Commentaires :</b>
a. du suspect sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. d'un tiers sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. du / de la patient(e) sur le suspect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. du / de la patient(e) sur un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>5. Attouchement des organes génitaux :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Tenté</b>	<b>Ne sait pas</b>	<b>Commentaires :</b>
a. du suspect sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. d'un tiers sur le / la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. du / de la patient(e) sur le suspect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. du / de la patient(e) sur un tiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. du / de la patient(e) sur lui- / elle-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>6. Y a-t-il eu éjaculation :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>		<b>Ne sait pas</b>	<b>Commentaires :</b>
a. à l'intérieur des orifices du / de la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
b. à l'extérieur des orifices du / de la patient(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	_____
c. préciser la localisation de l'éjaculation :	_____				

**D. HYGIÈNE POST-AGRESSION DU / DE LA PATIENT(E)**

1. Après l'agression, le / la patient(e) (cocher tout ce qui s'applique)

a mangé     a bu     s'est brossé(e) les dents     s'est douché(e)     a pris un bain     a uriné     Ne sait pas

**E. RÉCIT DU / DE LA PATIENT(E)**

Résumer les éléments clés de l'agression selon le / la patient(e) (si nécessaire, ajouter des pages additionnelles contenant le récit du / de la patient(e) de préférence sous forme dactylographiée) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F. EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL DU / DE LA PATIENT(E)**

<b>1. Tension artérielle (mmHg)</b> /	<b>2. Pouls (battements/min)</b>	<b>3. Respiration (cycles/min)</b>	<b>4. Température (Celsius)</b>
--	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

5. Le comportement et l'état psychologique (cocher tout ce qui s'applique)

Peureux / peureuse     Renfermé(e)     Triste     Honteux / honteuse     État psychique altéré  
 Fâché(e)     Choqué(e)     En pleurs     Muet(te)     Anxieux

**SE RAPPELER DE: RAMASSER LES PREUVES (sécrétions humides et sèches, taches, vêtements et objets étrangers du corps du / de la patient(e) ; D'UTILISER LE KIT DE VIOL (si disponible) ET LE FORMULAIRE DE LA CHAÎNE DE TRAÇABILITÉ ; ET DE PRENDRE DES PHOTOS**

Nom du clinicien \_\_\_\_\_ N°C.N.O.M. \_\_\_\_\_  
 Signature du clinicien \_\_\_\_\_ page 2 sur 4 Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

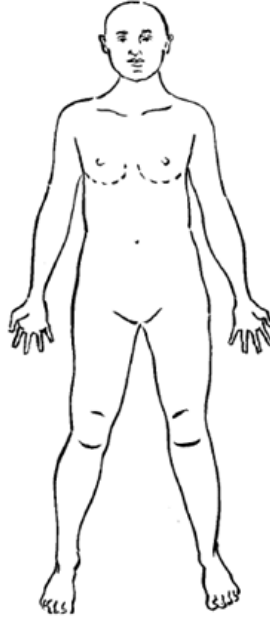
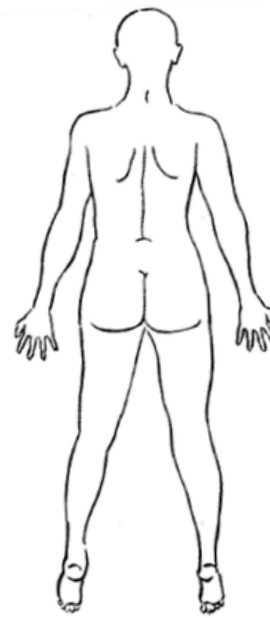
**CERTIFICAT MÉDICAL D'AGRESSION SEXUELLE (suite)**

**F. EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL DU / DE LA PATIENT(E) (suite)**

**Légende des éléments observés et / ou trouvés**

<b>A</b> Abrasion	<b>AB</b> Autre blessure (décrire)	<b>AC</b> Autre corps étranger (décrire)	<b>BB</b> Blessure par balle	<b>BÉ</b> Brûlure étranger	<b>D</b> Débris	<b>DF</b> Déformation	<b>EC</b> Ecchymose (bleu)	<b>EN</b> Enflure
<b>F</b> Fibres (y compris cheveux et poils)	<b>I</b> Incision	<b>L</b> Lacération	<b>M</b> Morsure	<b>R</b> Érythème (rougeur)	<b>S</b> Sensibilité (y compris douleur)	<b>SH</b> Sécrétion humide	<b>SS</b> Sécrétion sèche	<b>V</b> Végétation (y compris terre, saletés)

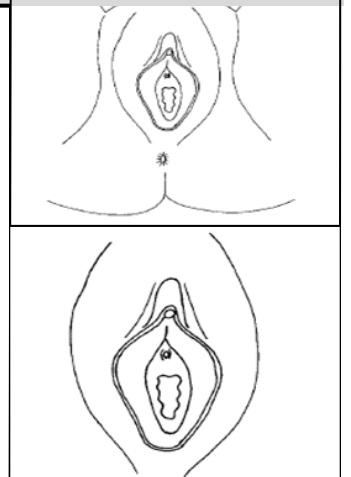
Numéroter chaque blessure / élément trouvé sur les schémas ci-dessous.  
Dans le tableau situé à droite des schémas, noter le numéro avec l'abréviation correspondant à l'élément observé ou trouvé.

		<b>Localisation sur le corps</b>	<b>Éléments observés et / ou trouvés</b>	<b>Commentaires</b>

**G. EXAMEN GÉNITAL (FÉMININ)**

Utiliser la légende figurant en haut de page pour identifier et localiser sur les schémas ci-contre les éléments observés / trouvés lors de l'examen génital. Examiner l'intérieur des cuisses, l'appareil génital et la sphère périnéale (cocher la case s'il y a des éléments relatifs à une agression).

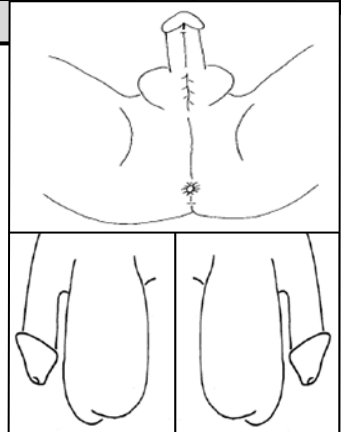
- |  |                              |                              |                                 |  |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------|
| 1. Blessure à l'intérieur des cuisses                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 9. Blessure au vagin            | <input type="checkbox"/> Oui   | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Blessure au méat urétral / périurétral                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 10. Blessure au col de l'utérus | <input type="checkbox"/> Oui   | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Blessure au périnée                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 11. Position pendant l'examen   | <input type="checkbox"/> Couché(e)<br><input type="checkbox"/> Genoux sur poitrine<br><input type="checkbox"/> Autre |                              |
| 4. Blessure aux grandes lèvres                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                 |  |                              |
| 5. Blessure aux petites lèvres                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                 |  |                              |
| 6. Blessure à l'hymen                                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                 |  |                              |
| 7. Blessure au clitoris / sphère alentour                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                 |  |                              |
| 8. Blessure à la marge de l'anus / fesses / plis ou crêtes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                                 |  |                              |



**H. EXAMEN GÉNITAL (MASCULIN)**

Utiliser la légende figurant en haut de page pour identifier et localiser sur les schémas ci-contre les éléments observés / trouvés lors de l'examen génital. Examiner l'intérieur des cuisses, l'appareil génital et la sphère périnéale (cocher la case s'il y a des éléments relatifs à une agression).

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Blessure à l'intérieur des cuisses                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Blessure au gland ou pénis                              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Blessure au scrotum                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Blessure aux testicules                                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Le patient est-il circoncis                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Blessure à la marge de l'anus / fesses / plis ou crêtes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Saignement rectal                                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |



Nom du clinicien \_\_\_\_\_  
Signature du clinicien \_\_\_\_\_

N°C.N.O.M. \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## CERTIFICAT MÉDICAL D'AGRESSION SEXUELLE (suite)

### I. EXAMENS PARACLINIQUES ET AUTRES EXAMENS

EFFECTUÉS:	Oui	Non	RÉSULTATS:	EFFECTUÉS:	Oui	Non	RÉSULTATS:
1. Sérologie VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	6. Culot urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	7. Une lame pour les spermatozoïdes ou infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	8. Echographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Frottis cervico-vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	9. Autres examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Test de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

### J. TRAITEMENT ET RECOMMANDATIONS

1. Prophylaxie post-exposition (PPE)	Oui	Non	Commentaires :
a. PPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Médicaments	Oui	Non	Commentaires :
a. Antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Analgésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Contraception d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Renvoi vers un spécialiste	Oui	Non	Commentaires :
a. Le / la patient(e) sera envoyé(e) vers un spécialiste aujourd'hui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Réquisition de la police	Oui	Non	Commentaires :
a. Réquisition de la police a été menée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Si 4a est «Non,» est-ce que le / la patient(e) veut informer la police ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Si 4b est «Non,» est-ce que le / la patient(e) a été conseillé(e) sur l'utilité d'une telle information pour l'enquête de police ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### K. ELÉMENTS DE L'ÉVALUATION

1. Récit de l'événement : \_\_\_\_\_
2. Observations sur le comportement : \_\_\_\_\_
3. Examen physique : \_\_\_\_\_
4. Examens paracliniques : \_\_\_\_\_
5. Documents joints au présent certificat dûment complétés (cocher tout ce qui s'applique) :
  - Copie(s) des résultats d'analyses
  - Écrit(s) (de préférence dactylographiés)
  - Photographies
  - Non applicable

### L. CONCLUSIONS DE L'EXAMEN

1. Les résultats de l'évaluation médicale sont: (choisir une conclusion uniquement)
  - COMPATIBLES avec une \_\_\_\_\_
  - TRÈS COMPATIBLES avec une \_\_\_\_\_
  - SPÉCIFIQUES d'une \_\_\_\_\_ **agression SEXUELLE.**
  - NON COMPATIBLES avec une \_\_\_\_\_
2. Les résultats de l'évaluation médicale sont: (choisir une conclusion uniquement)
  - COMPATIBLES avec une \_\_\_\_\_
  - TRÈS COMPATIBLES avec une \_\_\_\_\_
  - SPÉCIFIQUES d'une \_\_\_\_\_ **agression PHYSIQUE.**
  - NON COMPATIBLES avec une \_\_\_\_\_

### M. SERMENT DU CLINICIEN

J'ai fourni une information éclairée au / à la patient(e), afin de recueillir son consentement, concernant l'examen médical, la prise de photographie(s) et la communication éventuelle de tout document joint au présent certificat aux autorités judiciaires ou de police.

Oui       Non

Je jure solennellement que l'information contenue dans ce formulaire est vraie et complète à ma connaissance.

Nom du clinicien : \_\_\_\_\_  
 Signature du clinicien : \_\_\_\_\_  
 Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom du clinicien _____	page 4 sur 4	N°C.N.O.M. _____
Signature du clinicien _____		Date _____ / _____ / _____