

République démocratique du Congo

CERTIFICAT MÉDICO-LÉGAL D'AGRESSION SEXUELLE

Document Confidentiel

Date de l'examen / / à _____ heures Lieu de l'examen :

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. Date de naissance / / <input type="checkbox"/> Ne sait pas	7. Âge (déclaré par le / la patient(e)) <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
/ / Non réglée Ménopausée 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
 Oui Non Si « Oui, » expliquer :

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
 Oui 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)
 Force physique Armes Menaces contre le / la patient(e) Menaces contre tiers Pas de force Ne sait pas

19. Type de force / armes (cocher tout ce qui s'applique)
 Bâtons Couteaux Bandeau Mains Ne sait pas Autre (tel que la nudité forcée, la suspension, la torture électrique, témoignage ou participation dans la torture des autres, etc.) :
 Pistolets Contraintes Bâillon Pieds

20. Intoxication chimique involontaire du / de la patient(e) (cocher tout ce qui s'applique)
 Non Drogues Alcool Ne sait pas Autre :

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

1. Nombre de suspects
 Un (1) Deux (2) Trois (3) Plus de trois Si « plus de trois, » préciser le nombre : 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.) :

CERTIFICAT MÉDICO-LÉGAL D'AGRESSION SEXUELLE (suite)

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

1. Pénétration de l'appareil génital féminin par :	Oui	Non	Tenté	Ne sait pas	Commentaires :
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"/>	_____
2. Pénétration de l'anus par :	Oui	Non	Tenté	Ne sait pas	Commentaires :
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"/>	_____
3. Contact oral avec l'appareil génital	Oui	Non	Tenté	Ne sait pas	Commentaires :
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"/>	_____
4. Contact oral avec la sphère anale :	Oui	Non	Tenté	Ne sait pas	Commentaires :
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"/>	_____
5. Attouchement des organes génitaux :	Oui	Non	Tenté	Ne sait pas	Commentaires :
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"/>	_____
6. Y a-t-il eu éjaculation :	Oui	Non		Ne sait pas	Commentaires :
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 a changé d'habits

E. RÉSUMÉ DES DÉCLARATIONS 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)

1. Tension artérielle (mmHg)	2. Pouls (battements/min)	3. Respiration (cycles/min)	4. Température (Celsius)	5. Poids (kg)	6. Taille (cm)
/					

7. 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 _____

_____ / _____ / _____

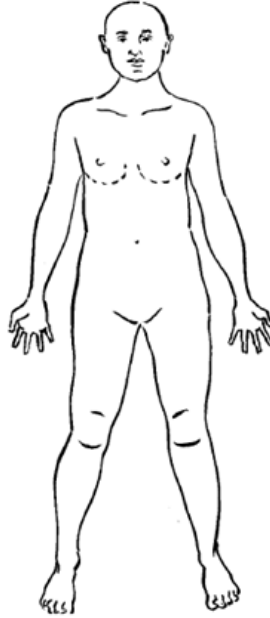
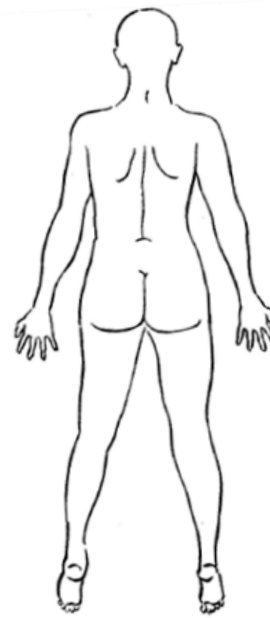
CERTIFICAT MÉDICO-LÉGAL D'AGRESSION SEXUELLE (suite)

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

Légende des éléments observés et / ou trouvés

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

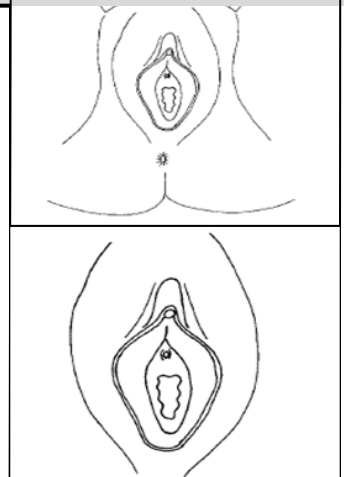
Numéroter chaque blessure / élément trouvé sur les schémas ci-dessous.
Dans le tableau situé à droite des schémas, noter le numéro avec l'abréviation correspondant à l'élément observé ou trouvé.

		Localisation sur le corps	Éléments observés et / ou trouvés	Commentaires

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).

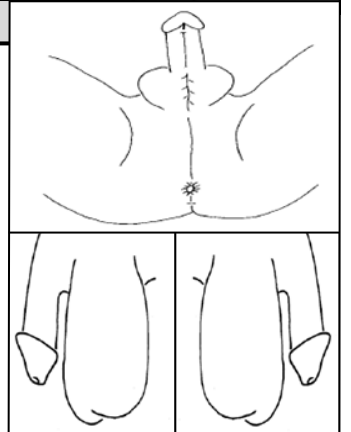
- | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------|
| 1. Blessure à l'intérieur des cuisses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | 9. Blessure au vagin | <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> Genoux sur poitrine
<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 MÉDICO-LÉGAL D'AGRESSION SEXUELLE (suite)

I. EXAMENS PARACLINIQUES ET AUTRES EXAMENS

<i>EFFECTUÉS:</i>	Oui	Non	<i>RÉSULTATS:</i>	<i>EFFECTUÉS:</i>	Oui	Non	<i>RÉSULTATS:</i>
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 référé(e) vers un spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Réquisition de l'autorité judiciaire	Oui	Non	Commentaires :
a. Réquisition de l'autorité judiciaire a été effectuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Numéro de référence: _____
b. Si 4a est «Non,» est-ce que le / la patient(e) veut informer la justice ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OPJ/OMP: _____
c. Si 4b est «Non,» est-ce que le / la patient(e) a été informée sur l'utilité de l'enquête judiciaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date: _____

K. ELÉMENTS DE L'ÉVALUATION

- Récit de l'événement : _____
- Observations sur le comportement : _____
- Examen physique : _____
- Examens paracliniques : _____
- 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 _____ **agression SEXUELLE.**

SPÉCIFIQUES d'une _____

NON COMPATIBLES avec une _____
2. Les résultats de l'évaluation médicale sont: (choisir une conclusion uniquement)

COMPATIBLES avec une _____

TRÈS COMPATIBLES avec une _____ **agression PHYSIQUE.**

SPÉCIFIQUES d'une _____

NON COMPATIBLES avec une _____

M. INFORMATION SUR LE CONSENTEMENT

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 : _____ / _____ / _____