

## AIDE-MÉMOIRE À LA RÉDACTION DU CERTIFICAT MÉDICAL VALIDÉ PAR L'ORDRE DES MÉDECINS

Je soussigné·e, Dr·e (nom et prénom)

à (lieu) \_\_\_\_\_ N° INAMI \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

à (lieu) \_\_\_\_\_

NOM (patient·e) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Résidant à \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

### Ce ou cette patient·e déclare :

(Description par le ou la patient·e des faits avec la date et l'heure à laquelle ils se sont produits)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ses plaintes actuelles sont :

(Description précise des symptômes, douleurs et autres plaintes)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Examen physique :

(Description exhaustive des lésions constatées : nature (griffure, ecchymose, hématome, plaie, autres...), aspect (forme, taille, couleur et âge) et localisation)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### État psychique au moment du constat :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Photos ou schémas joints :

(Toute page annexée au certificat doit être numérotée, datée, signée et mise en lien avec le constat)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Examens complémentaires à prévoir :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Orientation :

(par exemple, vers un service d'aide aux victimes )

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Traitements proposés :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Suite au traumatisme, une ITT\* est prescrite

du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ *inclus*

\* Il s'agit ici de prendre en compte la capacité du ou de la patient·e à effectuer ses activités courantes et d'évaluer les répercussions des violences sur le **fonctionnement personnel** du ou de la patient·e. Cette évaluation sera donc réalisée même si le ou la patient·e ne travaille pas professionnellement.

**Constat remis au ou à la patient·e à sa demande ou à son ou sa représentant·e légal·e.**

Certificat rédigé sous réserve de complications et d'évolution ou avis d'expert·e·s (psychiatre, gynécologue, pédiatre, etc.).

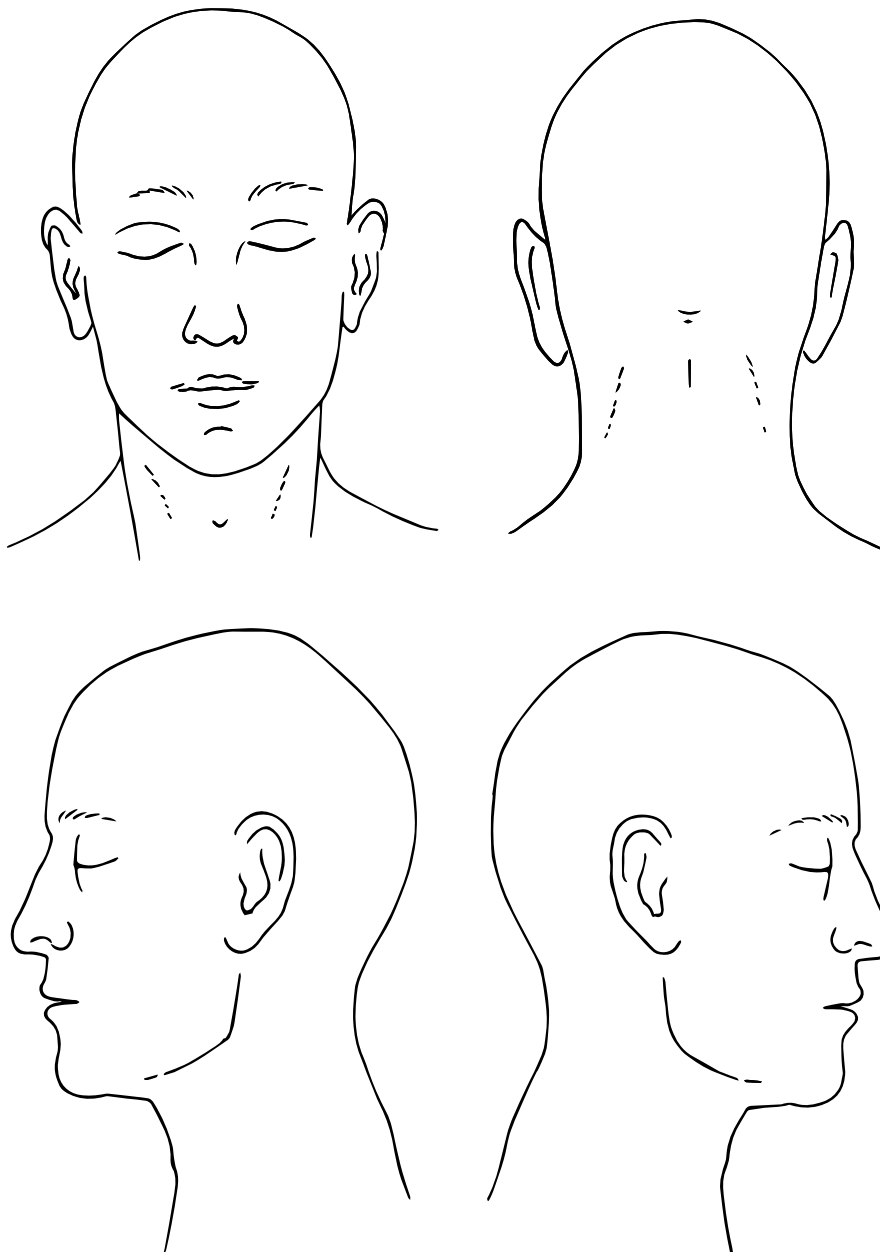
Certifié sincère le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature

Cachet

## ANNEXE : Schémas corporels<sup>1,2</sup>

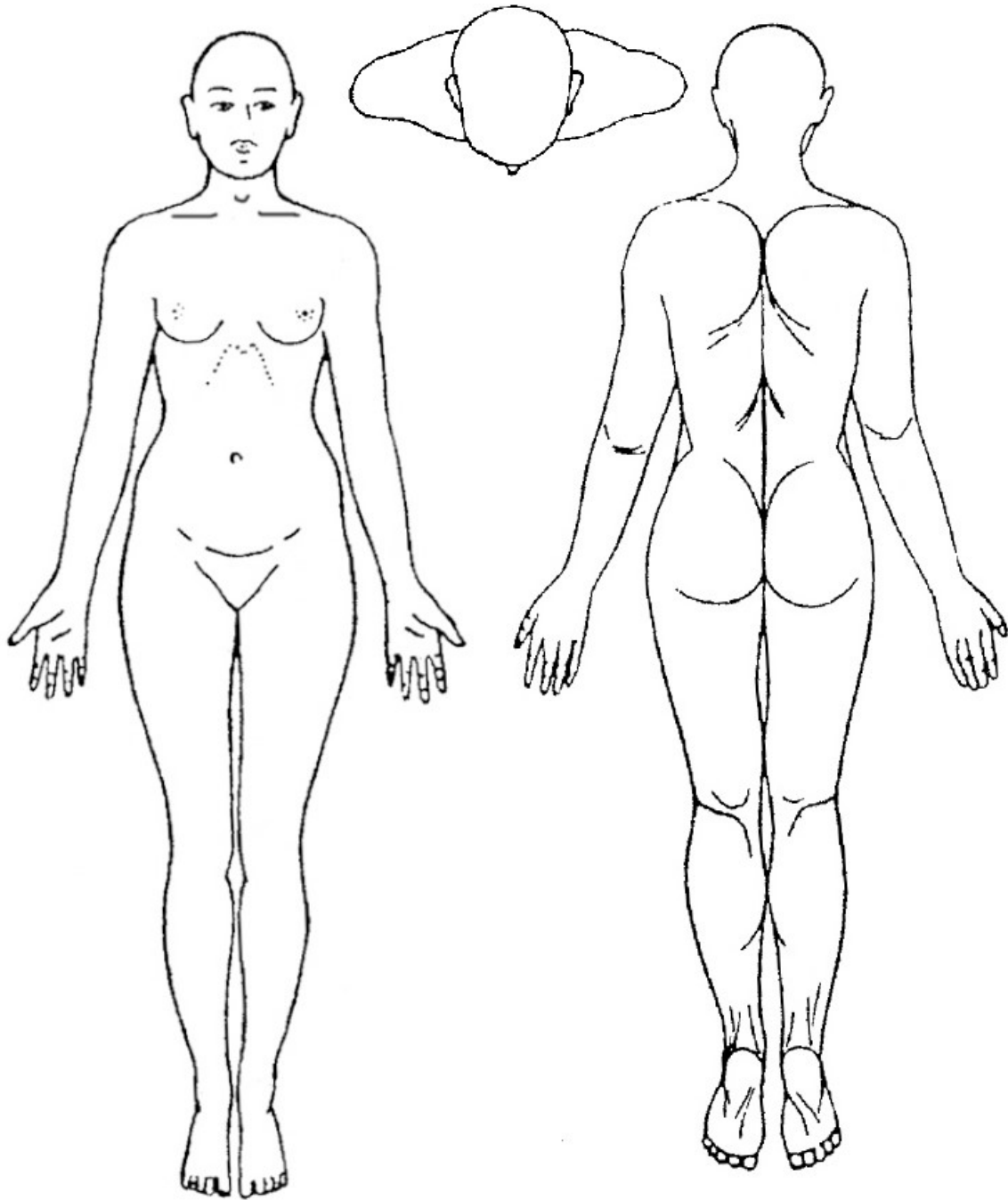
### Schéma corporel tête et cou

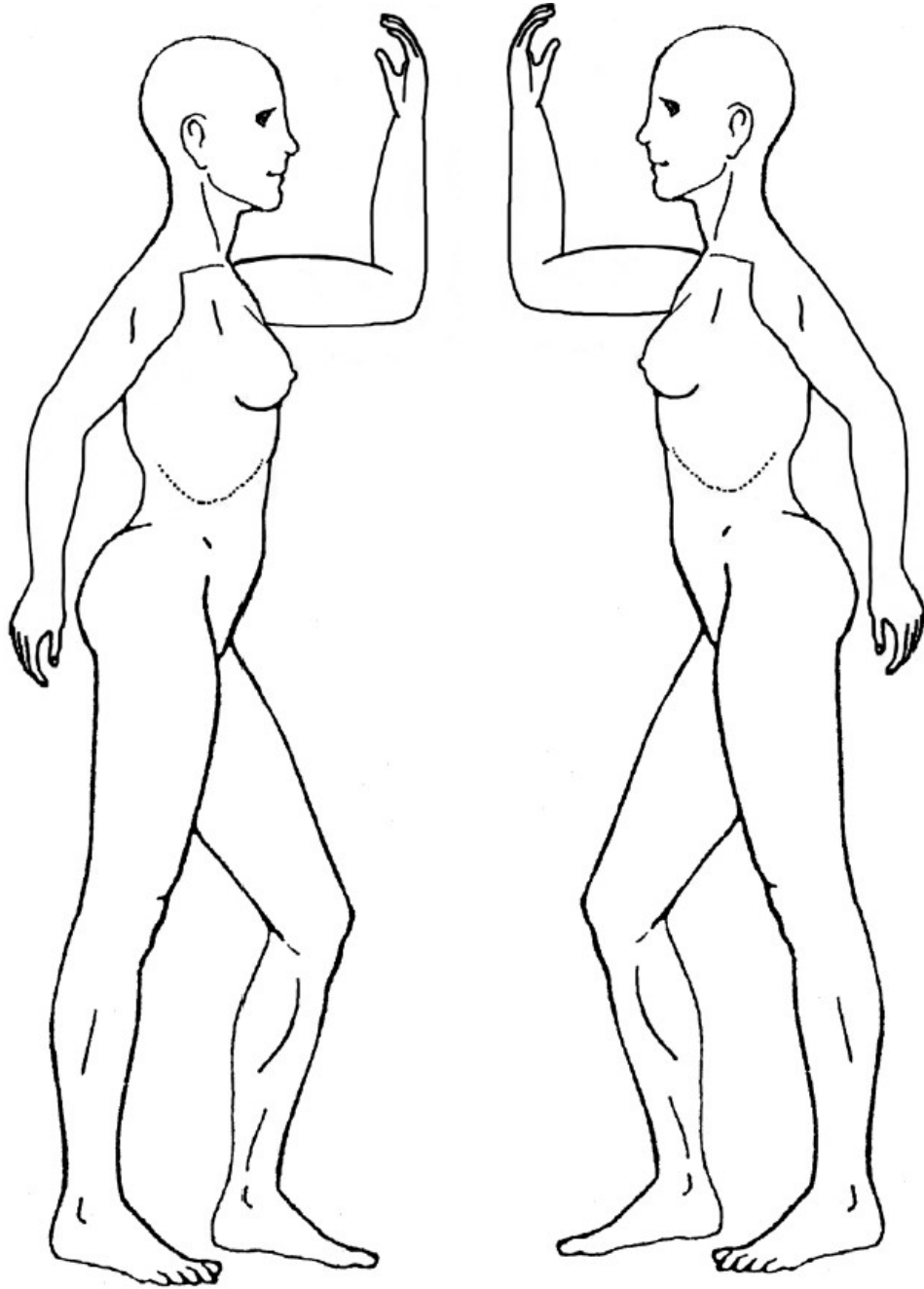


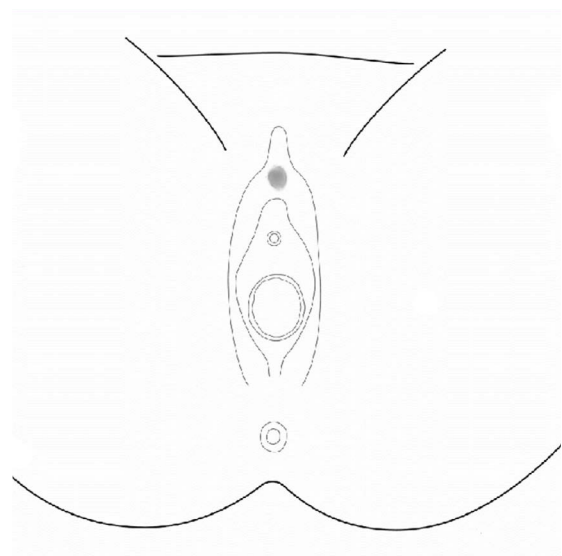
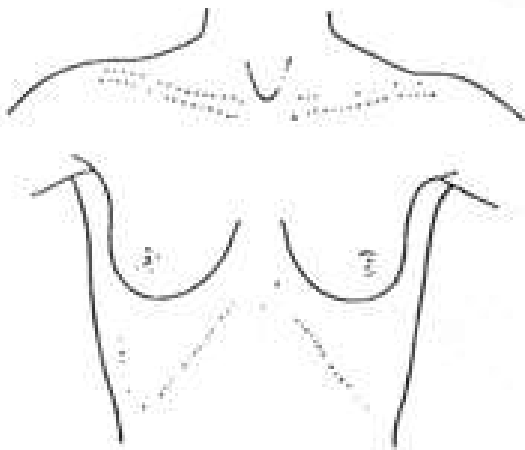
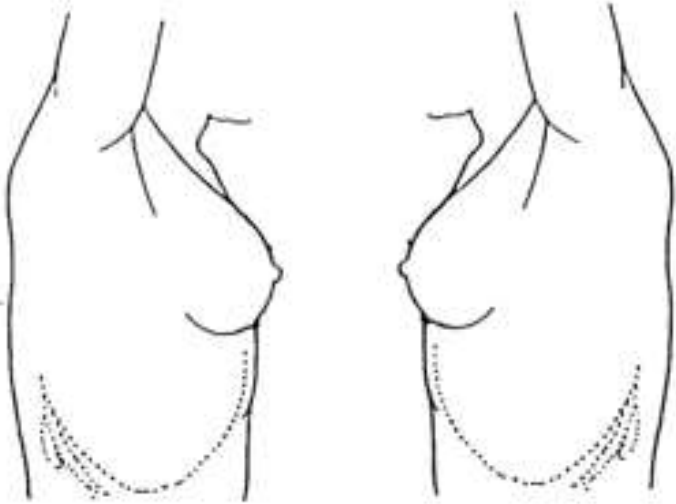
1 SSMG. (2019). [Aide-mémoire à la rédaction du certificat validé par l'ordre des médecins.](#)

2 Keygnaert, I., Wuestenbergs, J., Decorte, R., Deforce, D., Jehaes, E., Van Hoofstat, D., Desmyter, S., Marcotte, A., Michiels, L., Baert, S. & Roelens, K. (2017). Feuille de Route des Examens Médico-légales dans les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles.

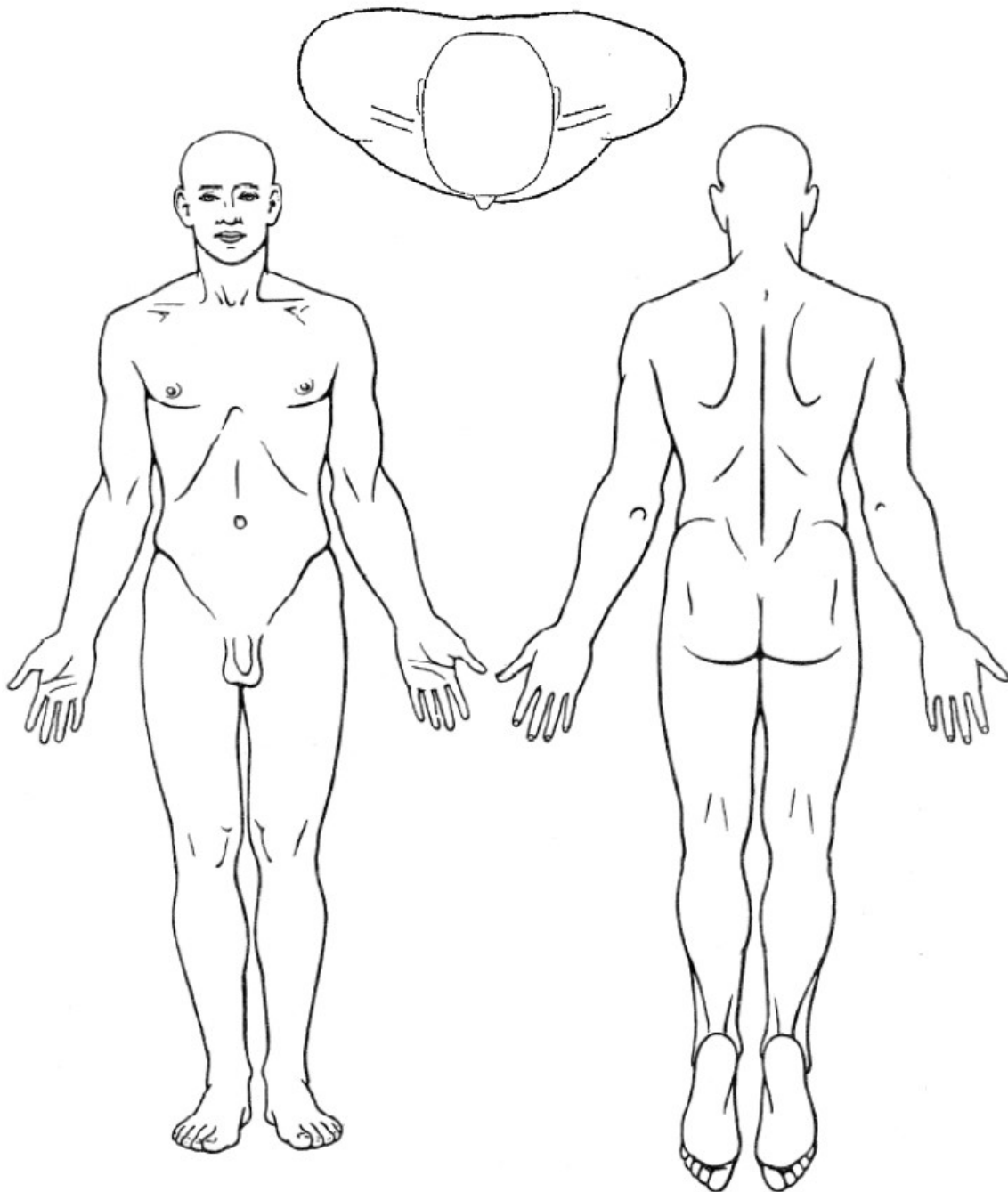
Schéma corporel femme

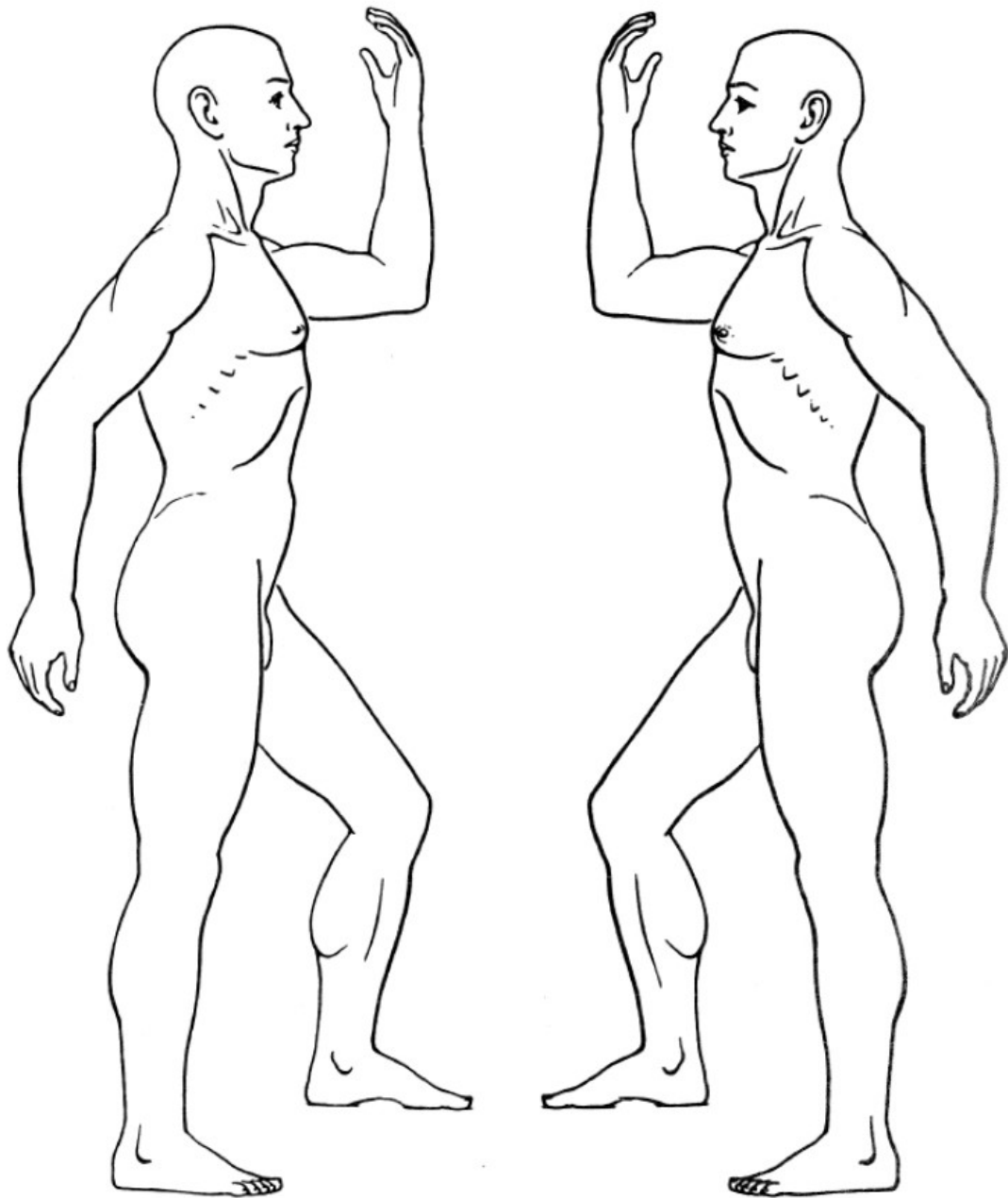


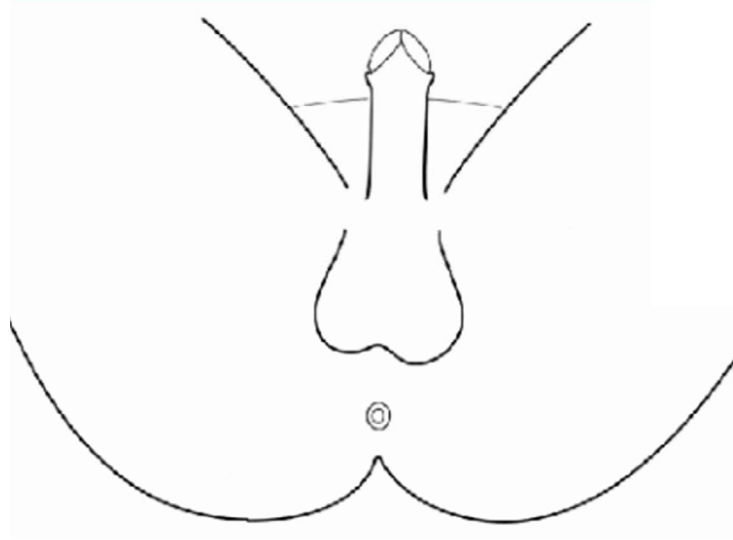




**Schéma corporel homme**







**Schéma corporel enfant prépubère**

