

**MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN CAS DE VIOLENCES SUR PERSONNE MAJEURE**  
Sur demande de la personne et remis en main propre

*Un double doit être conservé par le médecin*

Je certifie avoir examiné le (date en toutes lettres) : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
heure \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (Lieu : cabinet, service hospitalier, domicile, autre)

Une personne qui me dit s'appeler Madame ou Monsieur ( nom -- prénom ) \_\_\_\_\_

- date de naissance (en toutes lettres) : \_\_\_\_\_

**FAITS OU COMMÉMORATIFS:**

La personne déclare « avoir été victime le \_\_\_\_\_ (date), à \_\_\_\_\_ (heure) \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ (lieu),  
de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ».

**DOLEANCES EXPRIMEES PAR LA PERSONNE :**

Elle dit se plaindre de « \_\_\_\_\_ »

**ETAT ANTERIEUR** *(éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés )*

**EXAMEN CLINIQUE :** (description précise des lésions, siège et caractéristiques sans préjuger de l'origine)

- sur le plan physique :
- sur le plan psychique :
- état gravidique et âge de la grossesse (le cas échéant) :

*Joindre photographies éventuelles prises par le médecin, datées, signées et tamponnées au verso.*

**INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL**

**L'évaluation de l'ITT est facultative. L'ITT pour les lésions physiques et pour le retentissement psychologique est établie sur la base des signes cliniques des lésions physiques et du retentissement psychologique décrits dans les rubriques ci-dessus.**

*L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant). A titre d'exemples : la perte des capacités habituelles de déplacement, des capacités habituelles de communication, de manipulation des objets, altération des fonctions supérieures, la dépendance à un appareillage ou à une assistance humaine. La période pendant laquelle une personne est notablement gênée pour se livrer à certaines des activités précitées est une période d'incapacité.*

La durée d'incapacité totale de travail est de ... (en toutes lettres) , sous réserve de complications

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète, Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse) :

« Certificat établi à la demande de l'intéressé (ou intéressée) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit »

**DATE (du jour de la rédaction, en toutes lettres), SIGNATURE ET TAMPON DU MEDECIN**