

ATTESTATION DE VIOLENCES (hors constat de viol)

Je soussigné/eé

Profession :

N° professionnel (*RPPS, Ordre, etc...*) :

Certifie avoir examiné, le : ____/____/____ à ____H____

La personne de Madame :

Date de naissance : ____/____/____ à

Domiciliée :

DECLARATIONS *La personne déclare les faits suivants* : «

»

DOLEANCES *la personne se plaint de* : «

»

ANTECEDENTS *la personne déclare avoir déjà subi des violences* (quand ? enfance ? circonstances ?) :

«

»

NOTION DE GROSSESSES *Actuelle, passées, fausses couches, avortements*

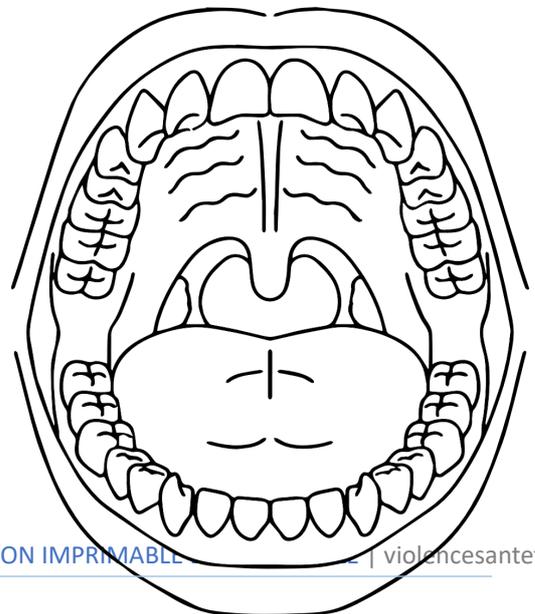
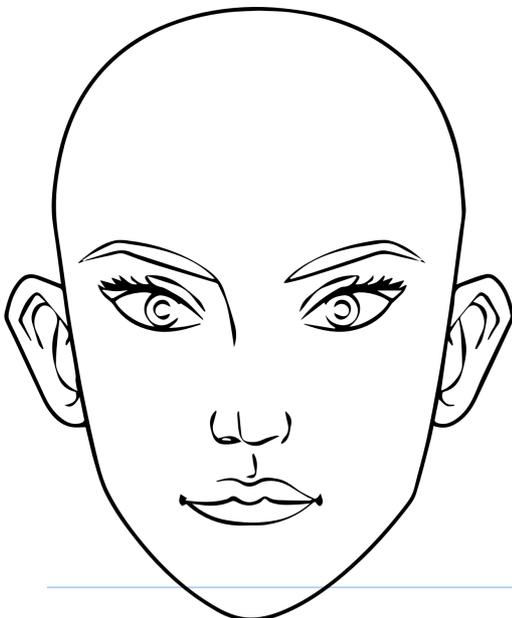
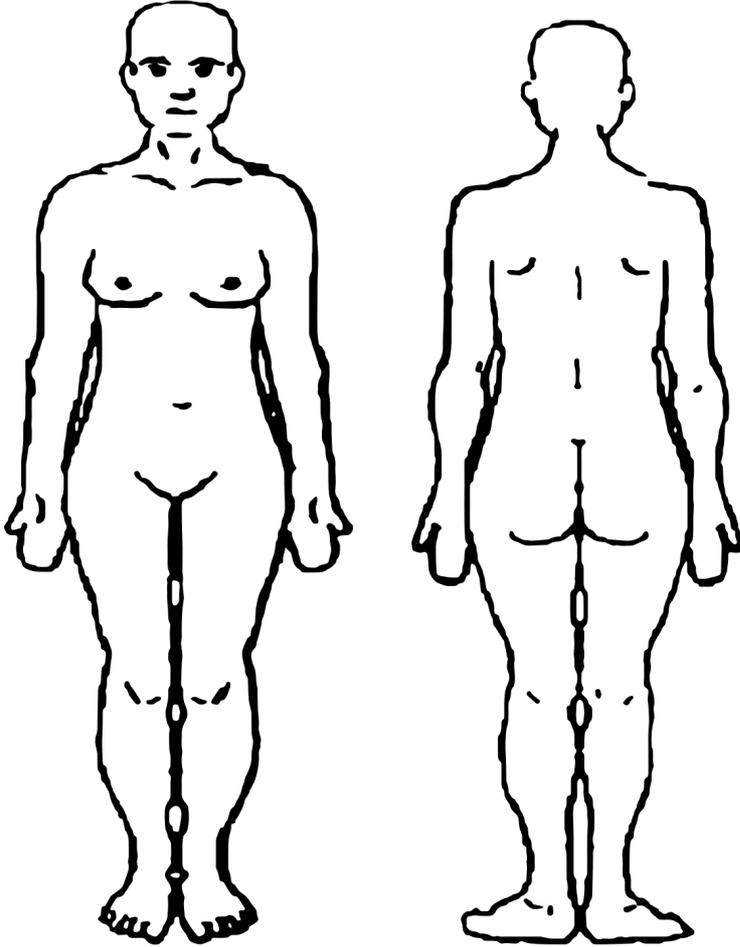
ASPECTS PSYCHIQUES ET EMOTIONNELS (STRESS POST TRAUMATIQUE)

- Mémoire traumatique
- Crises d'angoisse (déclenchées ou imprévisibles)
- Syndromes de reviviscence (pensées intrusives, idées flash, cauchemars...)
- Comportement d'évitement (de situations, de lieux, etc...)
- Conduite d'hyper vigilance, peur du danger
- Conduite à risque, dissociation, disjonction
- Anesthésie émotionnelle
- Troubles du sommeil, de la concentration, de mémoire...
- Ruptures sociales (entourage, travail, scolaire...)
- Autres

EXAMEN CLINIQUE

Marques physiques

Date :



Si prise de Photos (avec l'accord de la patiente) : Combien de photos / sujet de la photo / Où sont stockées les photos.

AUTRES REMARQUES :

PARTICULARITE :

Cet examen a nécessité la présence d'une personne faisant office d'interprète

Madame, Monsieur (*nom, prénom, adresse de l'interprète ou employeur*) :

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

DATE REDACTION SI DIFFERE

SIGNATURE et tampon du Professionnel