

Référence du médecin (cachet)

Ville, date.....

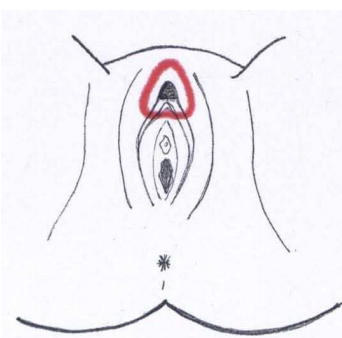
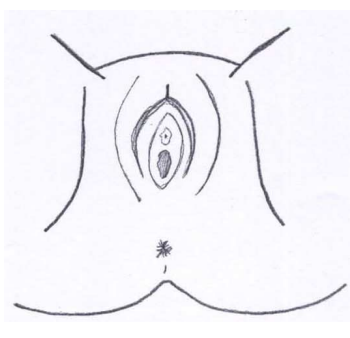
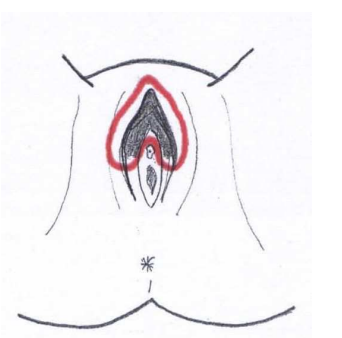
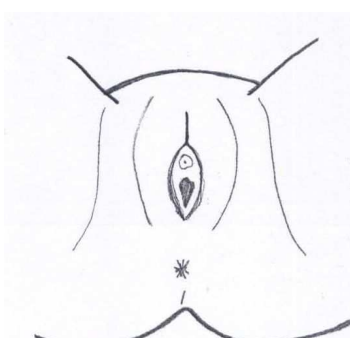
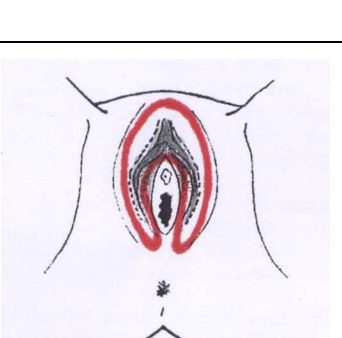
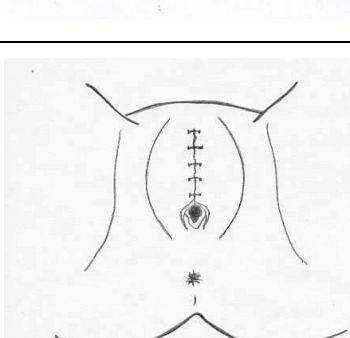
Certificat Médical

A qui de droit,

Je soussigné(e), , docteur en médecine, certifie avoir examiné
Mme/Mlle , née le à..... ,
d'origine et de nationalité
N° SP (demandeur d'asile) ou Carte d'Identité N° (si enfant, mettre les
coordonnées des parents)

Cette dernière a subi la mutilation sexuelle suivante (définition OMS 2007) :

(dessins © F.Richard)

TYPES (Cocher le type)	ZONES EXCISÉES EN ROUGE	ASPECT APRES CICATRISATION
O Type 1 « Clitoridectomie » ablation partielle ou totale du capuchon et /ou du clitoris		
O Type 2 « Excision » ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres		
O Type 3 « Infibulation » Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.		
O Type 4 autres formes (incision, cautérisation) Préciser :		

Conséquences :

- Algies chroniques
- Cicatrices chéloïdes
- Kystes dermoïdes
- Problèmes urinaires ou fécaux (dysurie, incontinence urinaire ou fécale,...)
- Infections génitales ou urinaires
- Dysménorrhée, émission prolongée du flux menstruel
- Dyspareunie, troubles de la sexualité, diminution de la libido
- Stérilité
- Problèmes durant la grossesse ou à l'accouchement
- Troubles psychologiques : angoisse/dépression/troubles du comportement
- Autres (à préciser)

Traitement(s) proposé(s)

- Suivi médical régulier et traitement(s) approprié(s)
- Traitement chirurgical (marsupialisation kyste, désinfibulation,...)
- Reconstruction du clitoris
- Consultation Psychologue
- Consultation Sexologue
- Autres (à préciser)

Commentaires

Signature