

Dossier d'expertise en matière de violences sexuelles

Identité de l'expert	
Nom, prénom	
Adresse	
Téléphone	
Adresse mail	
Référence de l'expertise	
Date de signature du rapport	
Signature de l'expert	

Table des Matières

1. Cadre de saisine et mission de l'expert.....	3
2. Qualification <i>a priori</i> des violences sexuelles étudiées	4
3. Personnes auditionnées dans le cadre de l'expertise.....	5
3.1. Liste des personnes.....	5
3.2. Analyse des personnes (1 chapitre par personne)	5
3.2.1. Identité et sexe de la personne	5
3.2.2. Liens avec les autres personnes auditionnées	5
3.2.3. Position de la personne dans l'expertise (victime, agresseur, témoin, ...)	5
3.2.4. Objectif(s) poursuivi(s) avec l'audition de cette personne ? ...	5
4. Liste des documents mis à disposition.....	6
5. Analyse générale de la situation par l'expert selon la ou les déclarations des personnes entendues	7
6. Description des auditions	8
6.1. Enregistrement audio-vidéo	8
6.2. Liste des personnes auditionnées avec date, horaire, durée, lieu d'audition, date d'envoi des convocations, autre(s) personne(s) présente(s) ou accompagnante(s).....	8
6.3. Analyse audition par audition	8
6.3.1. Victime	8
6.3.2. Auteur présumé	9
6.3.3. (1 chapitre par personne complémentaire)	10
6.3.4. Pour les mineurs : responsable(s) de l'enfant.....	11
6.4. Décrire comment le contradictoire a été respecté dans tous les éléments de la procédure.....	11
7. Liste de documents ou supports complémentaires éventuellement utilisés	12
8. Avis circonstancié de l'expert	13
8.1. Concernant le témoignage des personnes auditionnées (1 chapitre par personne)	13
8.1.1. Avis général.....	13
8.1.2. Commentaires sur la crédibilité du témoignage	13
9. Rappel chronologique de l'intégralité de l'expertise	14
10. Conclusions de l'expert : réponse à l'ordre de mission	15

Annexes

1. Cadre de saisine et mission de l'expert

2. Qualification *a priori* des violences sexuelles étudiées

En cas d'expertise de violence sur mineur, bien caractériser la ou les violences concernées

- Violences sexuelles sans contact (exhibitionnisme, voyeurisme, pornographie juvénile...)
- Violences sexuelles avec contact (viol, attouchement, masturbation...)

3. Personnes auditionnées dans le cadre de l'expertise

3.1. Liste des personnes

3.2. Analyse des personnes (1 chapitre par personne)

3.2.1. Identité et sexe de la personne

3.2.2. Liens avec les autres personnes auditionnées

3.2.3. Position de la personne dans l'expertise (victime, agresseur, témoin, ...)

3.2.4. Objectif(s) poursuivi(s) avec l'audition de cette personne ?

4. Liste des documents mis à disposition

Nature du document	Origine du document	Date de remise du document	Respect du contradictoire
			date : qui ?

5. Analyse générale de la situation par l'expert selon la ou les déclarations des personnes entendues

Les faits, période, preuves, témoins, antécédent judiciaire par rapport aux faits d'un ou de plusieurs protagonistes, liens et rapports entre le(s) protagoniste(s)

6. Description des auditions

6.1. Enregistrement audio-vidéo

Il est obligatoirement procédé à un enregistrement audio-vidéo de toutes les auditions.

Les enregistrements sont annexés au présent rapport.

6.2. Liste des personnes auditionnées avec date, horaire, durée, lieu d'audition, date d'envoi des convocations, autre(s) personne(s) présente(s) ou accompagnante(s)

Nom, prénom	Date	Horaire	Durée	Lieu	Date envoi convocations	Autres personnes présentes

6.3. Analyse audition par audition

6.3.1. Victime

a – Qui est la personne qui rapporte les faits ?

- âge, situation personnelle et professionnelle (scolaire pour un mineur)
- parcours de santé – *les pages utiles du carnet de santé d'un enfant peuvent être annexées au dossier*
- parcours scolaire
- parcours professionnel
- antécédent(s) de rapport sexuel antérieur aux faits avec l'agresseur ou les agresseurs présumés
- historique personnel de violences subies physiques, morales ou sexuelles ?
- historique familial d'agressions sexuelles ?
- antécédents familiaux médicaux significatifs

b – Description détaillée des faits par la victime

La personne est encouragée à décrire les faits, avec précisions utiles dans les cinq sens (toucher, odeurs, ...). Un enfant peut être invité à dessiner l'endroit de(s) agressions(s) ou des scènes. Ces documents sont alors mis en annexe.

Il convient de préciser si la personne semble ressentir de la gêne, de la honte, de la culpabilité

Dans la mesure du possible sont précisés

- la date, l'heure et le lieu des faits, le nombre d'agresseurs (actifs ou non), leur sexe et l'éventuel lien de parenté avec la victime,
- les circonstances de l'agression avec recherche de coups et blessures associés (strangulation, coups de poings/pieds, objet contondant, arme blanche, arme à feu), de violences verbales (insultes, chantage, pressions psychologiques), de séquestration, tentative de résistance, ...
- les événements associés : perte de connaissance, chute au sol, prise de toxiques (alcool, drogues, médicaments, ...),
- le déroulement de l'agression : l'existence ou non d'attouchements sexuels réalisés ou subis (oraux, vaginaux, anaux, organes génitaux externes), la notion de pénétrations sexuelles (orales, vaginales, anales) avec ou sans l'utilisation de corps étrangers, l'existence ou non d'éjaculations, leur nombre, le site et si l'auteur portait ou non un préservatif,
- ce qu'a fait la victime après l'agression.

c - Éléments complémentaires

- sur les faits
- éléments cliniques
- recoupements avec d'autres témoignages : fratrie, autres victimes, camarades... ?
- verbalisation de menaces de la part de l'agresseur
- identification d'autres mécanismes d'emprise de l'agresseur
- existence d'autres violences à caractère non sexuel

d – Appréhension et retentissement des faits

dont questionnaire d'évaluation et échelle visuelle analogique spécifique des violences sexuelles

e - Information/déclaration complémentaires déposées par la personne auditionnée

f – En cas d'audition(s) complémentaire(s) de la personne auditionnée, préciser le pourquoi de ce(s) audition(s) et leur résultat

6.3.2. Auteur présumé

a – Qui est la personne en cause ?

- âge, situation personnelle et professionnelle (scolaire pour un mineur)
- parcours de santé
- parcours scolaire
- parcours professionnel

- antécédent d'agressions sexuelles sur autrui (suspectée ou avérée) ?
condamnations ? parcours de soins ?
- historique personnel de violences subies physiques, morales ou sexuelles ?
- historique familial d'agressions sexuelles ?
- antécédents familiaux médicaux significatifs

b – Description détaillée des faits par l'agresseur

c - Eléments complémentaires

- sur les faits
- éléments cliniques et/ou scientifiques
- la personne a-t-elle agi seule ?
- recoupements avec d'autres témoignages
- identification de mécanismes d'emprise de l'agresseur sur la victime

d – Appréhension et retentissement des faits

dont questionnaire d'évaluation et échelles visuelles analogiques spécifiques des violences sexuelles si applicable

e - Information/déclaration complémentaires déposées par la personne auditionnée

f – En cas d'audition(s) complémentaire(s) de la personne auditionnée, préciser le pourquoi de ce(s) audition(s) et leur résultat

6.3.3. (1 chapitre par personne complémentaire)

a – Qui est la personne auditionnée ?

Si agresseur, idem 6.3.2.

Si parent ou représentant légal ayant déposé plainte pour compte de mineur, idem 6.3.1.

Si témoin, idem 6.3.1.

Autre : expliquer le rationnel de l'audition de cette personne et décrire les éléments utiles à l'expertise de son profil sur base 6.3.1. ou 6.3.2. en fonction du positionnement par rapport à la victime

b – Description détaillée des faits (fonction de la nature de la personne auditionnée)

c - Eléments complémentaires

d – Appréhension et retentissement des faits

e - Information/déclaration complémentaires déposées par la personne auditionnée

f – En cas d'audition(s) complémentaire(s) de la personne auditionnée, préciser le pourquoi de ce(s) audition(s) et leur résultat

6.3.4. Pour les mineurs : responsable(s) de l'enfant

(1 chapitre par personne complémentaire)

- a – Lien de la personne auditionnée par rapport à l'enfant ?
- b – Description de l'organisation familiale et du milieu dans lequel l'enfant vit
raisons, conditions, date de séparation et/ou de divorce si applicable
- c – Description de l'organisation de la vie de l'enfant et des systèmes de garde si applicable
- d – Symptômes présentés par l'enfant ?
- e – Qu'est-ce qui a amené la suspicion d'agression sexuelle sur l'enfant ?
- f – Si l'enfant a parlé, qu'a-t-il dit ? dans quelles circonstances ?
- g – Si nécessaire points particuliers à souligner concernant la personne auditionnée
trouble psychiatrique, relation pathologique avec l'enfant, haine excessive du conjoint, interprétation erronée de comportements ou signes cliniques, discordance avec le comportement de l'enfant (terminologie d'adulte, absence d'affect...)

6.4. Décrire comment le contradictoire a été respecté dans tous les éléments de la procédure

7. Liste de documents ou supports complémentaires éventuellement utilisés

*Echelles, questionnaires (dont documents en annexe 7 si applicable), ...
En absence de documents complémentaires, répondre néant*

8. Avis circonstancié de l'expert

8.1. Concernant le témoignage des personnes auditionnées (1 chapitre par personne)

8.1.1. Avis général

8.1.2. Commentaires sur la crédibilité du témoignage

(verbalisation spontanée, détails fournis, état émotionnel, éventuel incident pendant l'audition, ...)

9. Rappel chronologique de l'intégralité de l'expertise

Objet	Date	Commentaire si nécessaire
Assignment		
Acceptation de mission		
Envoi des convocations		
Audition de		
Audition de		
Audition de		
...		
Envoi aux parties du pré-rapport		
Réception des dires		
Envoi des documents d'évaluation		
Réception des documents d'évaluation		
Finalisation du rapport		
Signalisation du rapport		
Envoi du rapport aux parties		
Envoi du rapport à son mandataire		

10. Conclusions de l'expert : réponse à l'ordre de mission

Annexes

La numérotation de la liste d'annexe est inamovible.

Insérer l'annexe quand elle existe, dans le cas contraire l'intituler selon les cas « non applicable » ou « non disponible ».

- 1- Ordonnance
- 2- Lettre d'acceptation de la mission
- 3- Notification du dépôt de la consignation
- 4- Copie de la carte d'identité ou du passeport des personnes auditionnées (document obligatoire et présenté le jour de l'audition)
- 5- Eléments du carnet de santé si applicable, en cas d'audition de mineur(s)
- 6- Schémas ou dessins de scènes de faits incriminés
- 7- Questionnaires d'évaluation spécifiques des violences sexuelles
 - a. Grille d'évaluation chez un(e) mineur(e)
 - b. Grille d'évaluation chez l'adulte
- 8- Autres annexes jugées utiles par l'expert
- 9- Enregistrement(s) audio-video

Annexe 7.a : Grille d'évaluation chez un(e) mineur(e)

Signe étudié	Depuis les faits évalués		Imputabilité aux faits évalués du point de vue de l'expert			
	Présence	Absence	Imputable	Non imputable	Douteux	Ne peut se prononcer
Enurésie secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encoprésie secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte ou gain de poids (à chiffrer ci-contre) : kg en mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections urinaires récidivantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes psychosomatiques persistants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes au niveau de la vulve, du vagin, de l'anus chez la fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes au niveau du pénis, de l'anus chez le garçon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes buccaux ou péri-buccaux anormaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phobies ou tocs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentative d'autolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrait social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délinquance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Performances scolaires en baisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissance ou langage sexuel non en rapport avec l'âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masturbation compulsive, jeux sexualisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préoccupation sexuelle excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organe sexuel dans les dessins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agression sexuelle d'enfant(s) de son âge ou plus jeune(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen clinique	<input type="checkbox"/> réalisé date : _ _ / _ _ / _ _ <input type="checkbox"/> non réalisé					
	Présence	Absence	Imputable	Non imputable	Douteux	Ne peut se prononcer
<i>Signes physiques non spécifiques</i>						
Rougeur des organes génitaux ou de l'anus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoulement vaginal chez la fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petites encoches hyménéales chez la fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adhésion des petites lèvres chez la fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dilatation anale < 20 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fissure anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Signes physiques suspects</i>						
Lacération aiguë ou ecchymoses importantes des lèvres, des tissus péri-hyménéaux, du pénis, du scrotum ou du périnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacération de la fourchette postérieure chez la fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cicatrice de la fourchette postérieure chez la fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacération aiguë partielle ou complète de l'hymen chez la fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transection hyménéale chez la fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence focale de tissu hyménéal chez la fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecchymose de l'hymen chez la fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lacérations péri-anales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cicatrice péri-anales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Autres signes physiques observés, les décrire ci-dessous</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examen(s) complémentaire(s) en faveur d'agressions sexuelles A l'exclusion des transmissions infectieuses périnatales	<input type="checkbox"/> réalisé(s) <input type="checkbox"/> non réalis(é)			
	Recherche effectuée	Recherche non effectuée	Examen positif	Examen négatif
Grossesse chez une fille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traces de sperme sur les vêtements ou le corps de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection à Gardnerella, HSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection à Chlamydia, mycoplasmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection à gonocoque, tréponème, Trichomonas vaginalis, HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séropositivité VIH, hépatite B (hors immunisation post-vaccinale), hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si présence d'autres examens utiles, les lister ci-dessous et annexer une copie des résultats dans la partie annexe prévue à cet effet</i>				
Comportement lors de l'examen médical				
Crainte exagérée ou refus de l'examen anal ou génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinhibition, attitude inhabituelle lors de l'examen anal ou génital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crainte inexplicquée de grossesse ou de IST (infection sexuellement transmissible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Autre élément important à signaler</i>				

Annexe 7.b : Grille d'évaluation chez l'adulte

Signes fonctionnels	Depuis les faits évalués		Imputabilité aux faits évalués du point de vue de l'expert			
	Présence	Absence	Imputable	Non imputable	Douteux	Ne peut se prononcer
Perte ou gain de poids (à chiffrer ci-contre) : kg en mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections urinaires ou gynécologiques récidivantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phobies ou tocs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentative d'autolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addiction(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduites à risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Autres signes fonctionnels potentiellement contributifs :</i>						
Examen clinique			<input type="checkbox"/> réalisé date : _ _ / _ _ / _ _			
<i>Signes cliniques potentiellement contributifs , les décrire ci-dessous</i>			<input type="checkbox"/> non réalisé			

Examen(s) complémentaire(s) en faveur d'agressions sexuelles A l'exclusion des transmissions infectieuses périnatales	<input type="checkbox"/> réalisé(s) <input type="checkbox"/> non réalis(é)					
	Recherche effectuée	Recherche non effectuée	Examen positif	Examen négatif		
Grossesse chez une femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Traces de sperme sur les vêtements ou le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<i>Si présence d'autres examens utiles, les lister ci-dessous et annexer une copie des résultats dans la partie annexe prévue à cet effet</i>						
Comportement lors de l'examen médical Élément important à signaler si applicable						
Vie sociale						
	Présence	Absence	Imputable	Non imputable	Douteux	Ne peut se prononcer
Retrait social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addictions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruptures ou anomalies sur le plan professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>