



**MINISTÈRE
DE LA JUSTICE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Cour d'appel d'Orléans
Tribunal judiciaire d'Orléans et de Montargis
Parquet d'Orléans et de Montargis
Ordre des médecins Conseil départemental du Loiret



Ordre des Médecins
Conseil Départemental du Loiret

ANNEXE 1 :

**SIGNALEMENT MEDICAL
EN CAS D'ACCORD DE LA VICTIME MAJEURE**

1. Auteur du signalement transmis au Procureur de la République (coordonnées professionnelles)

| | |
|-------------|--|
| Nom, Prénom | |
| Profession | |
| Adresse | |
| Téléphone | |
| E-mail | |

| |
|---|
| Menaces envers le médecin et risque de représailles OUI-NON |
| Précisions : |

2. Victime

| | | | |
|-----------------------------|--|-------------------|--|
| Nom, Prénom | | Nom d'usage | |
| Date de naissance | | Lieu de naissance | |
| Situation familiale : | | | |
| Présence d'enfants à charge | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, nombre : | Âges : | |

| |
|--|
| Préciser s'il existe une vie commune ou s'il s'agit d'une ancienne vie commune : |
| Adresse du lieu des faits : |
| Adresse actuelle de la personne (si adresse différente) |
| Recueil des coordonnées d'appel : faire préciser à la victime si le conjoint a accès à son téléphone et/ou sa boîte mail. Tél personnel de la victime : E-mail personnel de la victime : |

3. Eléments de la situation amenant la transmission au Procureur de la République

| |
|--|
| <p>Examen médical Date :. Heure :</p> <p>a) <u>Faits ou commémoratifs</u> : La personne déclare avoir subi le (date ou période de temps) à (lieu) de : « _____ _____ _____ _____ _____ _____ »</p> <p>b) <u>Doléances exprimées par la personne</u> : Elle dit se plaindre de : « _____ _____ _____ _____ _____ »</p> |
|--|

c) Examen clinique : (description précise des lésions, siège et caractéristiques), joindre si possible des **photographies**.

- Sur le plan physique

« _____

_____ »

- Sur le plan psychique

« _____

_____ »

Nombre de jour(s) d'ITT (si possible) : « _____ »

d) Précisez s'il existe des antécédents de violences portés à votre connaissance lors de précédentes consultations (dates, lésions, copie de certificat si possible)

« _____

_____ »

Date, tampon et signature du médecin

Délivrance de l'information du signalement à la victime - A remplir avec la victime

Je reconnais être informé(e) par le médecin des modalités de transmission des informations livrées lors de la consultation et éventuellement du certificat médical qu'il a dressé ;

Je consens à ce que ces informations soient transmises à M. le Procureur de la République, sans restriction, et accepte d'être recontacté(e) ;

Je souhaite de préférence être contacté(e) par :

- le service de police ou de gendarmerie compétent
- l'association Aide aux Victimes du LOIRET

Je souhaite de préférence être contacté(e) par le moyen de communication suivant :

- téléphone : _____
- courriel : _____

Je souhaite de préférence être contacté(e) pendant le créneau horaire suivant :

- le matin entre ...H... et ...H...
- l'après-midi/le soir entre ...H... et ...H...

Signature :

Je ne souhaite pas que ma situation fasse l'objet d'un signalement à ce stade mais je me réserve le droit de recontacter l'hôpital/le médecin ultérieurement et je me vois remettre les coordonnées de l'association Aide aux Victimes du LOIRET.

Signalement à transmettre au Procureur de la République selon circuit décrit ci-dessous et protocole (Article 4-4.4) relatif au signalement par un médecin des personnes victimes de violences conjugales

Contact Tribunal judiciaire d'Orléans : « ttr.tj-orleans@justice.fr » ET mineurs.pr.tj-orleans@justice.fr téléphone- [02.38.74.53.76](tel:02.38.74.53.76) entre 09h00 et 18h30 puis au [06.07.14.29.20](tel:06.07.14.29.20).

Contact Tribunal judiciaire de Montargis : « cep.ttr.pr.tj-montargis@justice.fr » et en copie systématiquement « sec.pr.tj-montargis@justice.fr » - [06.07.28.09.40](tel:06.07.28.09.40).

Copie du signalement à adresser à l'Ordre des Médecins du Loiret : « cd.45@ordre.medecin.fr »