

# AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DT9004

DATE DE L'EXAMEN

Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

## CONSENTEMENT

Je, \_\_\_\_\_, consens par la présente à :

Initiales de la victime,  
du parent, du tuteur ou du DPJ\*\*

1) un examen médical, incluant, si cela est pertinent, un examen gynécologique et génital, des prélèvements et des traitements;

2) a) un examen médico-légal comprenant un examen médical (tel qu'il est décrit au point 1), des prélèvements et une prise de sang, entre autres pour la recherche du profil génétique (ADN)\*;

b) une prise de sang et au prélèvement d'un échantillon d'urine qui seront utilisés pour le dépistage de drogues ou d'alcool, si cela est pertinent;

3) la remise de la trousse médico-légale ou de la trousse médicosociale aux policiers afin qu'elles puissent être utilisées dans le déroulement d'une enquête policière.

Date  
(si différente de celle de l'examen)  
Année Mois Jour

**Le refus de consentir aux articles 2 et 3 susmentionnés ne modifiera en rien la qualité des soins qui me seront prodigués et je conserve à tout moment au cours de l'examen la liberté de revenir sur ce consentement en entier ou en partie.**

Signature : \_\_\_\_\_  
Victime, parent, tuteur ou DPJ \*\*

Année Mois Jour  
Date : \_\_\_\_\_

\* L'information concernant le profil génétique de la victime n'est pas compilée dans la Banque nationale des données génétiques.

\*\* Si la victime est âgée de moins de 14 ans et que les parents ou le tuteur refusent l'examen, le DPJ peut autoriser les étapes 1 à 2 dans une situation d'urgence.



# AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DT9005

DATE DE  
L'EXAMEN

Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Les renseignements recueillis viennent de :  
(cocher plus d'une case au besoin)

la victime

autre personne (préciser) : \_\_\_\_\_

## DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL

Date et heure de  
l'agression sexuelle ▶

Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

Si, lors des événements,  
il y a eu plusieurs agressions sexuelles,  
indiquer la date et l'heure de la dernière.

### Violence et contraintes physiques

La victime a été :

attachée

égratignée

mordue

serrée

autre : \_\_\_\_\_

brûlée

étranglée

poussée

tirée par les cheveux

coupée

frappée

retenue

Avec quel objet : \_\_\_\_\_

### Agresseur(s)

Nombre : \_\_\_\_\_

Ne sait pas

Sexe :

M

F

Lien avec la victime : \_\_\_\_\_

Blessures infligées à l'agresseur par la victime :

Oui

Non

Ne sait pas

Si oui, préciser (égratignure, coupure, morsure, etc.) : \_\_\_\_\_

### À utiliser dans une situation exceptionnelle seulement.

Inscrire mot à mot les paroles dites spontanément par la victime lors de l'intervention.  
(Sans faire le récit de l'événement.)

Remplir seulement si la victime :

Est un enfant

A une déficience intellectuelle  
sévère ou profonde

A des troubles importants  
de la mémoire

Est blessée très grièvement  
(danger pour la vie)



# AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



**DATE DE L'EXAMEN**

Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ Jour: \_\_\_\_\_ Heure (00:01 à 24:00): \_\_\_\_\_

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

## DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL (suite)

Pour déterminer le type d'examen médico-légal et les prélèvements nécessaires, cocher les parties anatomiques de l'agresseur qui ont été en contact avec celles de la victime.

Cocher si la description des contacts sexuels N'EST PAS CLAIRE

par ex. : enfant; drogue et alcool; perte de conscience; etc.

Victime	Le ou les agresseurs	Condom
<b>BOUCHE</b>	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Corps étranger : _____	<input type="checkbox"/>
<b>DOIGT, MAIN</b>	Bouche <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SEINS</b>	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VAGIN</b>	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Corps étranger : _____	<input type="checkbox"/>
<b>PÉNIS</b>	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Corps étranger : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>ANUS</b>	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/> Corps étranger : _____	<input type="checkbox"/>
<b>PEAU</b>	Bouche <input type="checkbox"/> Doigt, main <input type="checkbox"/> Pénis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Éjaculation sur la peau ou les cheveux

- Oui  
 Non  
 Ne sait pas

Si oui, à quel endroit sur le corps?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



# AGRESSION SEXUELLE

## Examen médico-légal



DT9007

FAUS LAISSÉ  
 Date: \_\_\_\_\_ N° de Médicaments: \_\_\_\_\_

**DATE DE L'EXAMEN**  
 Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ Jour: \_\_\_\_\_ Heure (00:01 à 24:00): \_\_\_\_\_

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Date d'admission: \_\_\_\_\_  
 N° d'admission: \_\_\_\_\_  
 N° de chambre: \_\_\_\_\_

### DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL (suite)

#### Les vêtements portés lors de l'agression sexuelle :

sont remis avec la trousse       ont déjà été remis aux policiers      ont été lavés       Oui       Non  
 doivent être récupérés par les policiers      ont été réparés       Oui       Non

#### La victime :

s'est lavée       Oui       Non      a eu une miction       Oui       Non  
 s'est donné une douche vaginale       Oui       Non      a eu une défécation       Oui       Non

#### Médicaments

Ingestion, **contre sa volonté**, de drogues ou d'alcool :       Oui       Non       Ne sait pas

#### Section à remplir seulement s'il y a eu ingestion de drogues ou d'alcool ou intoxication sévère :

Aux fins de l'analyse des prélèvements de sang et d'urine pour la recherche de drogues et d'alcool : y a-t-il eu prise de médicaments, y compris ceux donnés à l'hôpital, dans les **5 jours précédant l'examen médico-légal**?       Oui       Non

#### Si oui, spécifier :

Médicaments	Date			Heure (00:01 à 24:00)
	Année	Mois	Jour	
_____	_	_	_	_ : _
_____	_	_	_	_ : _
_____	_	_	_	_ : _
_____	_	_	_	_ : _

Allergie à certains médicaments :       Oui       Non

#### Éléments gynécologiques pertinents à l'agression sexuelle

Année: \_\_\_\_\_ Mois: \_\_\_\_\_ Jour: \_\_\_\_\_  
**DDM :** \_\_\_\_\_      **Ménarche chez les moins de 18 ans :** \_\_\_\_\_ ans

Besoin de contraception d'urgence :       Oui       Non





# AGRESSION SEXUELLE

## Examen médico-légal



Adresse de l'établissement

Ville

N° de téléphone

**DATE DE L'EXAMEN**

Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom Prénom

Date de naissance Sexe N° de naissance

N° RAMQ

N° du médecin

### DESCRIPTION DE L'AGRESSION SEXUELLE AUX FINS DE L'EXAMEN MÉDICO-LÉGAL (suite)

#### Relation sexuelle dans les 5 jours précédant l'examen médico-légal

Aux fins de l'identification du ou des agresseurs par la recherche de profils génétiques, la victime a-t-elle eu un rapport sexuel (buccal, vaginal ou anal) avec possibilité d'éjaculation avec d'autres personnes que le ou les agresseurs dans les 5 jours précédant l'examen médico-légal?  Oui  Non

Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

Si oui, dernière date :

Utilisation :  Condom  Lubrifiant  Spermicide  Diaphragme

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

#### Symptômes physiques pertinents durant et à la suite de l'agression sexuelle (Si les symptômes sont reliés à des antécédents pertinents, décrire ces antécédents)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### EXAMEN PHYSIQUE

T.A.	Pouls		Taille	Poids
Observations	Normal		Décrire les lésions et les localiser sur les schémas anatomiques	
	Oui	Non		
Tête et visage				
Bouche et gorge				
Cou				
Seins (pas de palpation de routine)				
Cœur et poumons				
Thorax et dos				
Abdomen				
Membres				

#### Pour les enfants, les adolescentes et les adolescents :

Personnes présentes lors de l'examen (nom et lien avec la victime) :

Stade de maturation sexuelle (Tanner) : 1 2 3 4 5

Réactions lors de l'examen si cela est pertinent :



# AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DT9009

Nom			
Date de naissance			
Sexe			
N° de dossier médical			

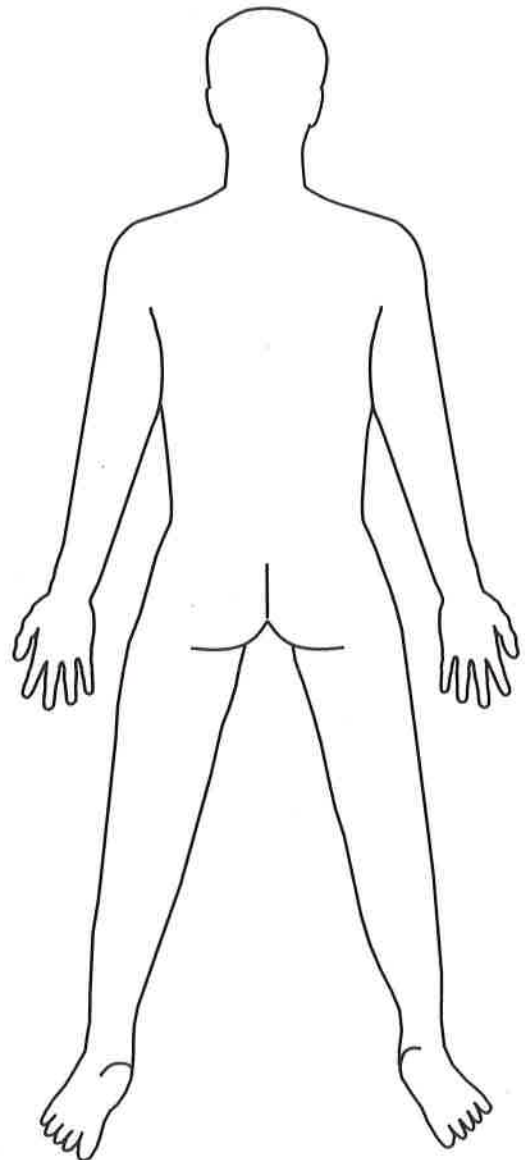
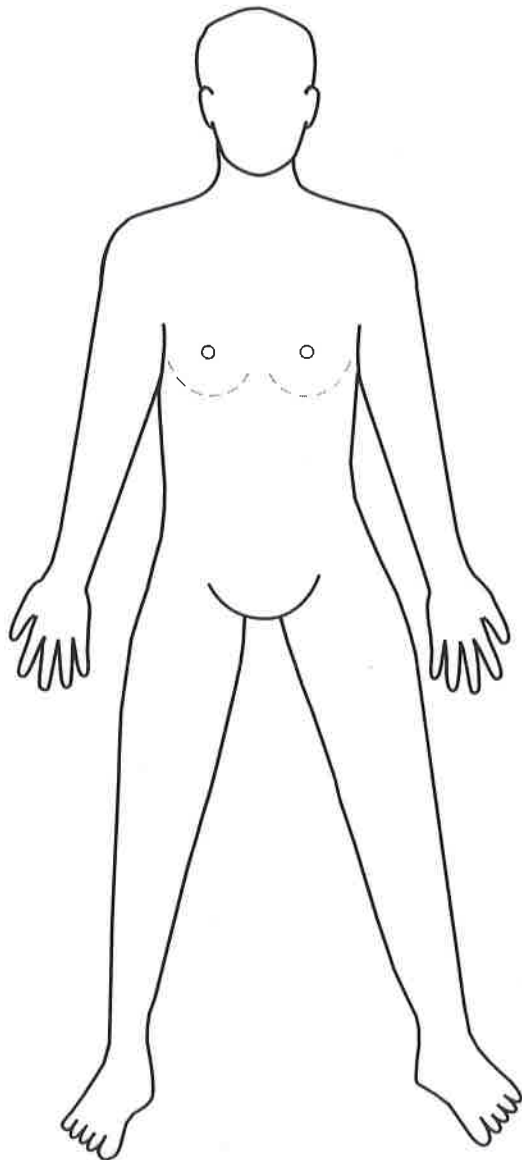
DATE DE L'EXAMEN	Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom	
Date de naissance	
Sexe	
N° de dossier médical	

## SCHÉMAS ANATOMIQUES ASEXUÉS (ENFANT ET ADULTE) – Localiser les lésions décrites dans le formulaire 5

Compléter la ligne des seins pour une victime de sexe féminin.





# AGRESSION SEXUELLE

## Examen médico-légal



DT9010

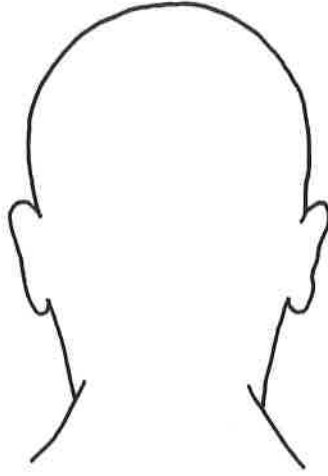
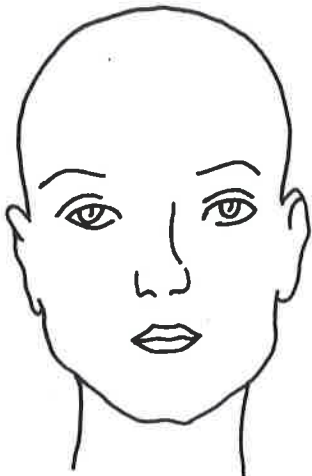
**DATE DE L'EXAMEN**

Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)

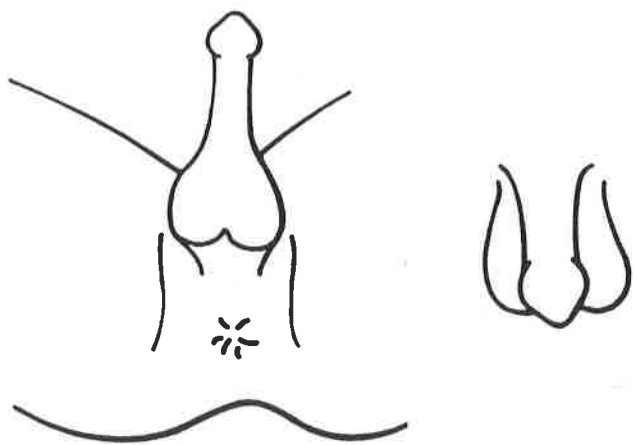
(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_  
 Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

**SCHÉMAS ANATOMIQUES ASEXUÉS (ENFANT ET ADULTE) – Localiser les lésions décrites dans le formulaire 5**



**SCHÉMAS ANATOMIQUES (ENFANT ET ADULTE) – Localiser les lésions décrites dans le formulaire 5**



**Positions lors de l'examen**

Genupectorale  
 Autre : \_\_\_\_\_

	Normal		Décrire les lésions et les localiser sur les schémas anatomiques
	Oui	Non	
Urètre			
Prépuce			
Gland			
Pénis			
Scrotum			
Anus			



# AGRESSION SEXUELLE

## Examen médico-légal



DT9011

**DATE DE L'EXAMEN**
  
 Année Mois Jour Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_
   
 Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_
   
 N°: \_\_\_\_\_
   
 N° de dossier médical: \_\_\_\_\_

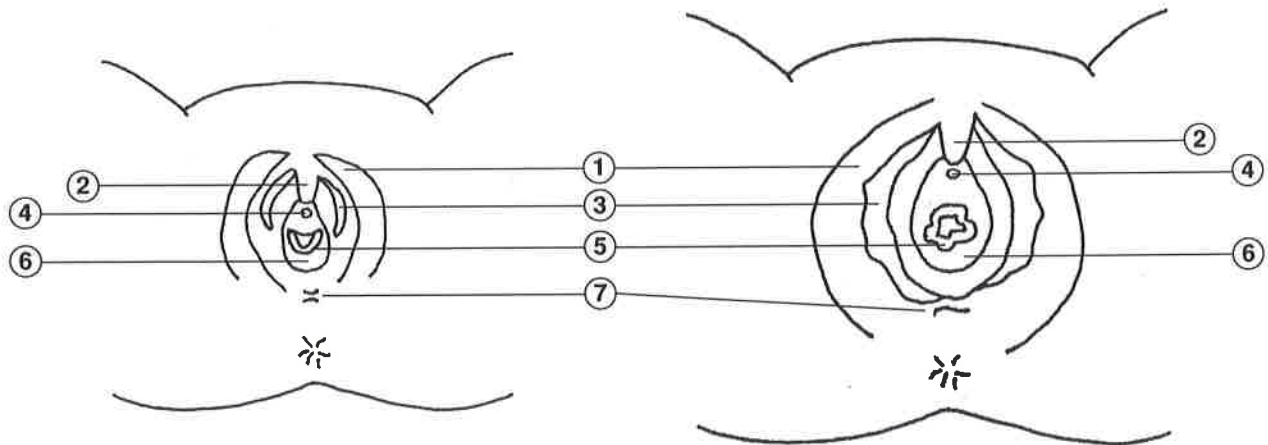
### SCHÉMAS ANATOMIQUES (FILLE PRÉPUBÈRE, ADOLESCENTE ET ADULTE)

#### Positions lors de l'examen

- Gynécologique   
  Grenouille   
  Genupectorale   
  Autre : \_\_\_\_\_

#### PRÉPUBÈRE

#### ADOLESCENTE ET ADULTE



	Normal		Décrire les lésions et les localiser sur le schéma anatomique approprié
	Oui	Non	
① Grandes lèvres			
② Clitoris			
③ Petites lèvres			
④ Urètre			
⑤ Hymen			
⑥ Fourchette postérieure			
⑦ Périnée			
Anus			
<b>Adolescente et adulte si pénétration</b>			
Vagin			
Col utérin			
Utérus et annexes (pas d'examen de routine)			





# AGRESSION SEXUELLE

## Examen médico-légal



DT9012

**DATE DE L'EXAMEN**
 Année  Mois  Jour  Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom 
 Adresse 
 Date de naissance 
 Sexe 
 Profession

### ◆ NE FAIRE QUE LES PRÉLÈVEMENTS NÉCESSAIRES

TYPES DE PRÉLÈVEMENTS (cocher ceux qui ont été faits)			
Site	Circonstances	Prélèvements pour le laboratoire du centre désigné	Prélèvements ADN et autres pour le Laboratoire de sciences judiciaires
BUCCAL	Pas de fellation		<b>1A</b> <input type="checkbox"/> Prélèvement buccal : prélever deux écouvillons, un pour chaque joue, en frottant pendant environ 15 secondes pour chacun des écouvillons; laisser sécher.
	Si fellation	<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhée	<b>2A</b> <input type="checkbox"/> Rinçage buccal avec un volume de 15 ml de sérum physiologique. Récupérer dans le petit contenant à bouchon bleu inclus dans la trousse. <b>2B</b> <input type="checkbox"/> Après 2 ou 3 rinçages de la bouche, effectuer un nouveau prélèvement buccal sur écouvillons, tel que décrit au point 1A.
ANAL	Si pénétration (avant VAGINAL)	<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhée <input type="checkbox"/> Culture générale (si symptômes)	<b>2E, 2F</b> <input type="checkbox"/> Prélever avec un écouvillon et l'étaler sur une lame. Laisser sécher le tout avant de remettre dans l'enveloppe.
VAGINAL ET COL UTÉRIN	Si pénétration	<input type="checkbox"/> Chlamydia (TAAN) <input type="checkbox"/> Gonorrhée <input type="checkbox"/> Culture générale <input type="checkbox"/> Test Pap <input type="checkbox"/> Trichomonase	<b>1B</b> <input type="checkbox"/> 2 écouvillons (voir 1C) : laisser sécher. <b>1C</b> <input type="checkbox"/> 1 lame à bordure bleue (1 goutte de sérum physiologique et des sécrétions vaginales provenant d'un des écouvillons de 1B) : laisser sécher sans fixation. <b>1D</b> <input type="checkbox"/> Lavage vaginal : introduire 10 ml de sérum physiologique et retirer par aspiration la quantité maximale.
		<input type="checkbox"/> Lame de réserve pour l'ADN (À conserver au centre désigné)	
PÉNIS ET URÈTRE		<input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhée (Peut être fait sur l'urine)	<b>2CI</b> <input type="checkbox"/> Morsure, salive ou sperme de l'agresseur au niveau du pénis : essuyer avec un écouvillon humide, essuyer ensuite avec un écouvillon sec : garder les deux. N.B. : Inscire sur le formulaire 10 sperme ou salive.
CUTANÉ	Si tache de salive, de sperme, ou morsure		<b>2CI</b> <input type="checkbox"/> et <b>2CII</b> <input type="checkbox"/> Morsure, salive ou sperme au niveau de la vulve, de l'anus ou autres : essuyer avec un écouvillon humide, essuyer ensuite avec un écouvillon sec : garder les deux. N.B. : Inscire sur le formulaire 10 sperme ou salive.
CORPS ÉTRANGERS, SERVIETTES HYGIÉNIQUES OU TAMPONS			Fibre, poil, rognures d'ongles s'il y a lieu, etc. : placer le prélèvement dans l'enveloppe incluse dans la trousse. <b>2D</b> <input type="checkbox"/> Placer les serviettes ou les tampons dans le sac blanc réservé à cette fin.
SANGUIN		<input type="checkbox"/> Alcool ou drogues <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> VIH Hépatite : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B (Ac/Ag) <input type="checkbox"/> C	<b>1E</b> <input type="checkbox"/> Profil génétique et recherche d'alcool et de drogues. Prélever de 5 à 10 ml de sang.
URINAIRE		<input type="checkbox"/> Alcool ou drogues <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Gonorrhée	<b>2G</b> <input type="checkbox"/> Recherche d'alcool et de drogues : 20 à 50 ml d'urine.
VESTIMENTAIRE (incluant les couches)			<b>3A</b> <input type="checkbox"/> <b>B, C, D, E</b> Vêtements tachés ou déchirés : mettre dans des sacs de papier séparés; indiquer le contenu sur la requête.



# AGRESSION SEXUELLE

Examen médico-légal



DT9013

**DATE DE L'EXAMEN**

Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Titre de l'incident: \_\_\_\_\_  
 Date de l'incident: \_\_\_\_\_  
 Lieu de l'incident: \_\_\_\_\_  
 Type de l'incident: \_\_\_\_\_

**IMPORTANT**



**AD-**

**APPOSER ÉTIQUETTE  
AUTOCOLLANTE  
- PRÉLÈVEMENTS -  
sur chacune des 4 copies  
du formulaire 10  
(voir formulaire 13)**

## NOTEZ BIEN

- Pour éviter toute contamination, replacer le contenant d'urine et le contenant de rinçage buccal dans le sac de polythène réservé à cette fin.
- Identifier les prélèvements en utilisant les étiquettes autocollantes incluses dans la trousse.
- Mettre vos initiales sur chacune des étiquettes.
- Replacer tout le matériel non utilisé et intact dans la trousse.
- Replacer les prélèvements dans la trousse.
- Mettre les petits vêtements dans les sacs de papier et ensuite dans la trousse.
- Placer les vêtements plus volumineux dans les sacs de papier et ensuite, les regrouper dans le grand sac et apposer un scellé.
- Sceller la trousse, mettre vos initiales sur le scellé et détruire les scellés non utilisés.

PRÉLÈVEMENTS					
Trousse médico-légale de base			Matériel complémentaire (à prélever au besoin)		
	Fait	Non fait		Fait	Non fait
<b>1A</b> Écouvillons buccaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2A</b> Rinçage buccal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1B</b> Écouvillons vaginaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2B</b> Écouvillons buccaux (si fellation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1C</b> Lame de frottis vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2CI</b> Cutané, si recherche de : <input type="checkbox"/> sperme <input type="checkbox"/> salive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1D</b> Lavage vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Site _____		
<b>1E</b> Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2CII</b> Cutané, si recherche de : <input type="checkbox"/> sperme <input type="checkbox"/> salive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Analyse toxicologique</b>			Site _____		
Recherche de drogues ou d'alcool			<b>2D</b> Corps étrangers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<b>2E</b> Écouvillons anaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>2F</b> Lame de frottis anal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>2G</b> Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3 VÊTEMENTS</b>	<b>3A</b>		<b>3B</b>		<b>3C</b>
	<b>3D</b>		<b>3E</b>		<b>4 Autres</b>

**10**



# AGRESSION SEXUELLE

## Examen médico-légal



DT9014

Nom de l'intervenante(s) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone \_\_\_\_\_

**DATE DE L'EXAMEN**

Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_  
 N° P.A.M.O. \_\_\_\_\_  
 N° de dossier médical \_\_\_\_\_

INTERVENTIONS MÉDICO-LÉGALES				
Mettre vos initiales dans les cases appropriées				
Interventions				
	Médecin(s)	Infirmière(s)	Intervenant(e) psychosocial(aux)	Autre(s)
Faire l'examen médical				
Faire les prélèvements médico-légaux				
Manipuler, identifier la lame de réserve et la conserver au centre désigné				
Manipuler et identifier le prélèvement sanguin				
Manipuler et identifier l'échantillon d'urine				
Manipuler et identifier les autres prélèvements				
Sceller la trousse				
Manipuler et identifier les vêtements				

INTERVENTIONS, TRAITEMENTS ET SOINS	
<b>Autres interventions, tests, prélèvements ou examens</b>	
<input type="checkbox"/>	• Imagerie médicale
<input type="checkbox"/>	• Sutures
<input type="checkbox"/>	• Consultation : _____
<input type="checkbox"/>	• Autres : _____
<b>Traitements et soins</b>	
<input type="checkbox"/>	• Contraception d'urgence
<input type="checkbox"/>	• Vaccin hépatite B
<input type="checkbox"/>	• Vaccin tétanos
<input type="checkbox"/>	• Immunoglobuline hépatite B
<input type="checkbox"/>	• Anxiolytique _____
<input type="checkbox"/>	• Autres : _____
<input type="checkbox"/>	IVAC
<input type="checkbox"/>	CSST

**SIGNALEMENT OBLIGATOIRE AU DIRECTEUR DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE POUR LES MOINS DE 18 ANS**

Nom de l'intervenante ou de l'intervenant ayant reçu le signalement : \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS SUR LES INTERVENANTS				
<b>Médecin</b>				
Nom (en lettres moulées)	Signature	Initiales	N° de permis	N° de téléphone
<b>Infirmière</b>				
Nom (en lettres moulées)	Signature	Initiales	N° de téléphone	
<b>Intervenante ou intervenant psychosocial</b>				
Nom (en lettres moulées)	Signature	Initiales	N° de téléphone	
<b>Autre</b>				
Inscrire votre fonction	Nom (en lettres moulées)	Signature	Initiales	N° de téléphone



# AGRESSION SEXUELLE

## Examen médico-légal



DT9015

Nom		Prénoms	
Date de naissance		Sexe	
N° de la carte		N° de téléphone	
N° du dossier médical			

N° de la carte			
N° de téléphone			

DATE DE L'EXAMEN	Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)

(Si différente de celle inscrite sur le formulaire 1)

### REMISE DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE OU DE LA TROUSSE MÉDICOSOCIALE

Intervenante ou intervenant qui remet la trousse	Nom (en lettres moulées)		Signature		N° de téléphone			
	Nom (en lettres moulées)		Signature		N° de téléphone			
Policier ou policière qui prend possession de la trousse	N° de matricule	N° de dossier du corps policier		Date	Année	Mois	Jour	Heure (00:01 à 24:00)

### CONSERVATION DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE

Si la personne examinée n'a pas consenti à la remise immédiate de la trousse médico-légale aux policiers, la trousse sera conservée dans un réfrigérateur à accès contrôlé.

**À moins d'entente avec la victime,  
les prélèvements seront détruits après un délai maximal de 14 jours.**

Date limite de destruction de la trousse			
Année	Mois	Jour	

N° du scellé de la trousse
AD- [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]





**REMISE DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE OU DE LA TROUSSE MÉDICOSOCIALE**

<b>Intervenante ou intervenant qui remet la trousse</b>	Nom (en lettres moulées)		Signature		N° de téléphone	
	Nom (en lettres moulées)		Signature		N° de téléphone	
<b>Policrière ou policier qui prend possession de la trousse</b>	N° de matricule	N° de dossier du corps policier		Date	Année	Mois
					Jour	Heure (00:01 à 24:00)

**CONSERVATION DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE**

Si la personne examinée n'a pas consenti à la remise immédiate de la trousse médico-légale aux policiers, la trousse sera conservée dans un réfrigérateur à accès contrôlé.

**À moins d'entente avec la victime,  
les prélèvements seront détruits après un délai maximal de 14 jours.**

Date limite de destruction de la trousse			
Année	Mois	Jour	
_ _	_	_ _	

N° du scellé de la trousse
AD-  _ _ _ _ _ _ _ _

**Remettre la partie détachable à la personne examinée**

























INFORMATION CONCERNANT LA CONSERVATION DE LA TROUSSE MÉDICOLÉGALE	
Non applicable <input type="checkbox"/>	
Vous devez contacter l'intervenante ou l'intervenant pour :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>l'informer de votre décision de remettre la trousse médico-légale aux policiers et prendre un rendez-vous pour signer le consentement de la remise de la trousse.</li> </ul>	
Année	Mois
_ _	_
<b>Avant le :</b>	
L'intervenante ou l'intervenant à contacter	N° de téléphone
<p><b>Après cette date, à moins d'entente avec la victime, les prélèvements de la trousse seront détruits. Toutefois, les formulaires seront conservés dans le dossier médical.</b></p>	

INFORMATION ET SUIVI	
Si vous avez des préoccupations ou des questions, vous pouvez contacter :	
Nom (en lettres moulées)	N° de téléphone
Nom (en lettres moulées)	N° de téléphone
Autres renseignements concernant le suivi médical ou psychosocial :	
suivi médical	
suivi psychosocial	



# ÉTIQUETTES AUTOCOLLANTES

SVP : METTRE VOS INITIALES ET COLLER  
SUR LES PRÉLÈVEMENTS CORRESPONDANTS

1A BUCCAL AD-  318225 Initiales	1B SÉCRÉTIONS VAGINALES AD-  318225 Initiales	1C FROTTIS VAGINAL AD-  318225 Initiales
1D LAVAGE VAGINAL AD-  318225 Initiales	1E SANG AD-  318225 Initiales	2A RINÇAGE BUCCAL AD-  318225 Initiales
2B BUCCAL AD-  318225 Initiales	2C CUTANÉ (I) AD-  318225 Initiales	2C CUTANÉ (II) AD-  318225 Initiales
2D CORPS ÉTRANGER AD-  318225 Initiales	2D SERVIETTES HYGIÉNIQUES/TAMPONS AD-  318225 Initiales	2E ÉCOUVILLON ANAL/RECTAL AD-  318225 Initiales
2F FROTTIS ANAL/RECTAL AD-  318225 Initiales	2G URINE AD-  318225 Initiales	3A VÊTEMENTS AD-  318225 Initiales
3B VÊTEMENTS AD-  318225 Initiales	3C VÊTEMENTS AD-  318225 Initiales	3D VÊTEMENTS AD-  318225 Initiales
3E VÊTEMENTS AD-  318225 Initiales	4 AUTRE AD-  318225 Initiales	PRÉLÈVEMENTS AD-  318225 Initiales
PRÉLÈVEMENTS AD-  318225 Initiales	PRÉLÈVEMENTS AD-  318225 Initiales	PRÉLÈVEMENTS AD-  318225 Initiales

↑ (voir formulaire 10)



# SCELLÉS AUTOCOLLANTS

SVP : METTRE VOS INITIALES ET SCELLER  
LA TROUSSE ET LE SAC DE POLYTHÈNE (AU BESOIN)

LABORATOIRE DE  
SCIENCES JUDICIAIRES  
ET DE MÉDECINE LÉGALE

SVP PLIER ICI

TROUSSE  
MÉDICOLÉGALE

Initiales

AD- 318225



LABORATOIRE DE  
SCIENCES JUDICIAIRES  
ET DE MÉDECINE LÉGALE

SVP PLIER ICI

TROUSSE  
MÉDICOLÉGALE

Initiales

AD- 318225



LABORATOIRE DE  
SCIENCES JUDICIAIRES  
ET DE MÉDECINE LÉGALE

SVP PLIER ICI

TROUSSE  
MÉDICOLÉGALE

Initiales

AD- 318225



