



**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><b>Examen médical</b> 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](mailto:ttr.tj-orleans@justice.fr) » ET [mineurs.pr.tj-orleans@justice.fr](mailto: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](mailto:cep.ttr.pr.tj-montargis@justice.fr) » et en copie systématiquement « [sec.pr.tj-montargis@justice.fr](mailto: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](mailto:cd.45@ordre.medecin.fr) »