

**Certificat médical établi sur réquisition
après examen d'une personne placée en garde à vue**



Je soussigné, _____, **Docteur en médecine**, agissant sur réquisition judiciaire de
M/Mme _____, en résidence à/au _____,
Acceptant la mission et prêtant serment d'apporter son concours à la Justice en son honneur et conscience,
certifie m'être transporté le _____ / _____ / _____, à _____ h

Dans les locaux de police judiciaire A l'hôpital A / Au (autre lieu) :

Pour examiner une personne gardée à vue déclarant l'identité suivante :

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le** _____ / _____ / _____ **Sexe :** F M

Aux fins :

1- D'indiquer si l'état de santé de cette personne est compatible avec son maintien en garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure ;

2- En cas de troubles mentaux patents, dire si cette personne relève d'une hospitalisation d'office ;

3- Rédiger un certificat médical et le remettre à l'autorité requérante ;

4- Indiquer les autres actes ou examens médicaux nécessaires à la détermination de la compatibilité de l'état de santé de cette personne avec son maintien en garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure.

Cette personne, informée de ma mission, a consenti à son accomplissement : Oui Non :

1- Examen clinique et nécessités thérapeutiques

Non pratiqué pour les raisons suivantes :

Pratique :

- Troubles mentaux relevant d'une admission sans consentement en soins psychiatriques Oui Non

- Lésions traumatiques visibles récentes : Oui Non

- Rédaction d'un certificat médical descriptif de blessures : Oui Non

- Traitement administré ou remis : Oui Non

2- Conclusions

État de santé **compatible** avec le maintien de la garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure.

État de santé **compatible** avec le maintien de la garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure,
sous réserve des conditions suivantes :

Délivrance du traitement

Traitement administré directement à la personne.

Selon ordonnance, remise aux autorités requérantes.

Surveillance particulière pendant la gav :

Nécessité d'une réévaluation médicale : à partir du _____ / _____ / _____, à _____ h

Autre :

État de santé **incompatible** avec le maintien de la garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure :

nécessité d'une hospitalisation pour bilans/soins médicaux et/ou psychiatriques avant réévaluation de la mesure de gav.

en raison des conditions d'examen ou de rétention de la personne

Impossibilité de se prononcer sur la compatibilité de l'état de santé avec le maintien de la garde à vue dans les locaux où se déroule la mesure pour la raison suivante :

3- Observations complémentaires :

(Signature et cachet du médecin)

Certificat remis à l'autorité requérante

Rédaction d'un certificat médical descriptif de blessures (ITT) au verso