

CERTIFICAT MÉDICAL

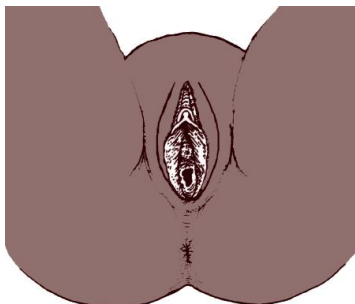
Veuillez compléter le présent certificat et le remettre à la personne qui vous le demande. Si elle le souhaite, cette personne transmettra le certificat au Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) dans le cadre de sa procédure d'asile ou de la procédure de suivi « mutilations génitales féminines » (« MGF ») en tant que réfugié reconnu. Vous trouverez davantage d'informations à ce sujet sur : <http://www.cgra.be/fr/mutilations-genitales-feminines>.

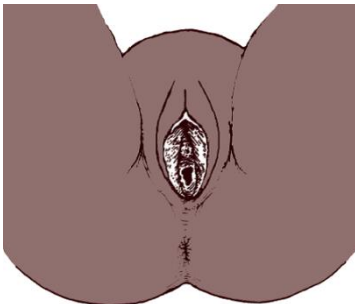
Si vous avez des questions sur les mutilations génitales féminines dans le cadre de la procédure d'asile ou sur la procédure de suivi « MGF », vous pouvez envoyer un courriel à l'adresse : CGRA-CGVS.FGM@ibz.fgov.be.

Établi le : _____ (date)	Établi par : (données du médecin (cachet))
À : _____ (lieu)	

Je soussigné(e), _____ (docteur en médecine),
 déclare avoir **examiné** Mme/Mlle _____,
 née le _____ à _____,

et avoir constaté que la situation actuelle est la suivante : (veuillez cocher les cases qui conviennent)

<input type="checkbox"/> Elle n'a pas subi de mutilations génitales féminines.	 <p>Vulve intacte</p>
---	--

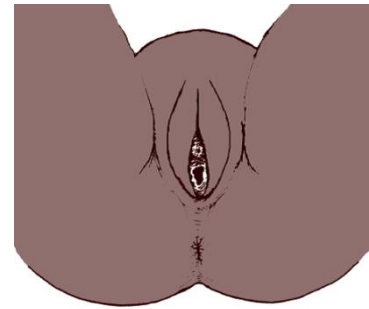
<input type="checkbox"/> Elle a subi une mutilation génitale féminine de Type 1 , soit une clitoridectomie, à savoir l'ablation du prépuce ou capuchon du clitoris, avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris. Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) : _____ _____ _____ _____ _____ _____	 <p>Type 1 : clitoridectomie</p>
--	---

Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 2**, c'est-à-dire une excision, à savoir l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans ablation des grandes lèvres. En conséquence, la cicatrisation peut causer (ou a causé) un rétrécissement partiel de l'orifice vulvaire, de sorte que :

(veuillez cocher la mention qui convient)

- l'orifice urétral est libre
- l'orifice urétral est recouvert mais l'orifice vaginal n'est pas recouvert
- l'orifice urétral est recouvert **et** l'orifice vaginal est recouvert ou partiellement rétréci

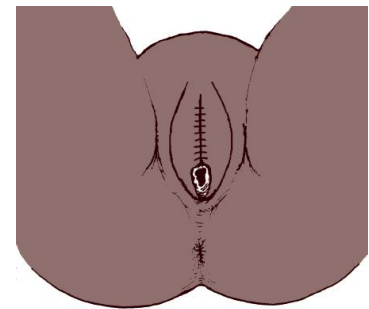
Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) :



Type 2 : excision

Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 3**, c'est-à-dire une infibulation, à savoir le rétrécissement de l'orifice vaginal en créant une fermeture par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, parfois par suture, avec ou sans ablation du clitoris.

Les parties suivantes ont été coupées (veuillez préciser si c'est en totalité ou en partie) :



Type 3 : infibulation

Elle avait subi une mutilation de **Type 3**, soit une infibulation, et présente aujourd'hui une **désinfibulation partielle / désinfibulation complète** (veuillez barrer la mention inappropriée).

Elle a bénéficié d'une **opération de reconstruction** (veuillez préciser laquelle).

Elle a subi une mutilation génitale féminine de **Type 4**, c'est-à-dire toute intervention consistant en une ponction, un percement, une incision du clitoris et/ou des lèvres, la scarification ou la cautérisation des organes génitaux, ou une incision dans le vagin, en l'occurrence :

Conséquences sur le plan médical :

Traitement proposé :

SIGNATURE DU MÉDECIN

Données du médecin (**cachet**) :

Signature :

Les illustrations utilisées dans le présent certificat proviennent de l'illustratrice Clarice, dans : « Mutilations génitales féminines : Guide à l'usage des professions concernées », Bruxelles, 2011.