

MODELE DU CERTIFICAT MEDICAL PRENUPTIAL

Je soussigné,

Nom et Prénom :

Docteur en médecine, spécialité :

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins :

exerçant à :

Adresse : N°..... Rue/Av.....

Ville/localité/gouvernorat :

Certifie avoir examiné en vue du mariage M :

Né (e) le à :

demeurant à :

C.I.N. N° : délivrée à Le.....

établi le présent certificat après avoir procédé à un interrogatoire minutieux et à un examen clinique complet et pris connaissance des résultats des examens complémentaires suivants : (Mettre une croix (x) dans la case correspondante)

- Groupe sanguin
- Hépatite Virale B Hépatite Virale C
- Radiographie du Thorax
par Rayon x
- Autres

Déclare en outre avoir :

- informé l'intéressé (e) des résultats des examens cliniques et complémentaires et des actions de nature à prévenir ou à réduire le risque pour lui (elle), son conjoint et sa descendance.

- attiré l'attention de la future épouse des risques d'une éventuelle Rubéole contractée au cours de la grossesse et l'avoir informé de l'existence d'un vaccin.

- insisté sur les facteurs de risques propices pour quelques maladies (diabète, hypertension artérielle... etc)

- conseillé l'intéressé (e) de se faire vacciner contre l'hépatite B.

- avoir prodigué un conseil génétique y compris celui lié à la parenté entre les deux époux supposés et des conseils sur les méthodes de planification des naissances et insisté sur la nécessité de la surveillance de grossesse.

en-foi de quoi, délivre le présent certificat à l'intéressé (e) en mains propres pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Le

Signature et cachet

Observation :

Toute personne, se sachant atteinte d'une maladie transmissible et qui par son comportement concourt délibérément à sa transmission à d'autres personnes, est passible d'un emprisonnement de un à 3 ans (Loi n° 92-71 du 27 juillet 1992, relative aux maladies transmissibles : Articles 11 et 18).