

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).