

## **Certificat Médical Prénuptial**

Je, soussigné,

Nom et Prénom .....

Docteur en Médecine, spécialiste .....

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

Exerçant à .....

Adresse : N°..... Rue/Av .....

Ville/Localité/Gouvernorat .....

Certifie avoir examiné en vue de mariage : M .....

Né(e) le ..... à .....

Demeurant à .....

C. I. N. n°..... délivrée à ..... le .....

Etablis 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 :

Groupe sanguin.....

Hépatite virale B.....

Hépatite virale C.....

Radiographie du thorax.....

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 informée de l'existence d'un vaccin.
- Insisté sur les facteurs de risque propices pour quelques maladies (diabète, hypertension artérielle etc.)
- Conseillé 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 planifications des naissances et insisté sur la nécessité de la surveillance des grossesses.

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)