|  |  |
| --- | --- |
|  | Lieu :  Date : |
| **Mission CamiFrance :**  **Prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et des enfants exilés**  Prénom NOM.  Sage-femme / Gynécologue  **N°RPPS :** RPPS  **Responsable de mission**  **Dr Richard Matis**  **Gynécologue Obstétricien**  **N°RPPS : 10003729620**  **Coordination CamiFrance**  **07 62 26 26 10**  **gsf.camifrance@gmail.com** | Je, soussignée, Prénom NOM, fonction au sein de l’association Gynécologie sans frontières, numéro RPPS RPPS, certifie avoir examiné Madame NOM Prénom, née le Cliquez ici pour entrer une date. à Lieu de naissance, domiciliée à Adresse complète, le Cliquez ici pour entrer une date. à heure à Lieu de l’examen, en présence de NOM interprète , assurant la traduction langue-français.  Elle déclare avoir fui son pays Nom du pays avec enfants, famille pour leur protection.  Elle déclare sur les faits « Résumé des faits sur 2-3 lignes » le Cliquez ici pour entrer une date des faits. en Résumé des faits sur 2-3 lignes .  Depuis elle se plaint de description des symptômes.  Elle présente :   * Sur le plan physique, descriptions des observations médicales * Sur le plan psychologique, descriptions de l’état psychologique * Sur le plan gynécologique, descriptions des observations médicales   Des prélèvements vaginaux et des prélèvements sanguins à la recherche des statuts sérologiques, de maladies sexuellement transmissibles ainsi que d’un état de grossesse ont été effectués et se sont révélés Résultats.  En conclusion, Madame NOM Prénom présente description des symptômes principaux .  Certificat établi à la demande de l’intéressée et remis en mains propres. |
|  | Signature + tampon |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |