

Modèle de certificat médical

Je soussigné-e Docteur-e X Certifie que ma patiente Mme Y, qui m'a consulté [dates], présentait/continue de présenter :

[Description du tableau clinique (la liste suivante est purement indicative) : état dépressif réactionnel, crises d'angoisse, agoraphobie, humeur triste, troubles du sommeil avec cauchemars, hypersomnie, inappétence avec perte de poids, boulimie, troubles de la mémoire, ruminations mentales, sensation d'étouffement thoracique, troubles digestifs, gynécologiques, douleurs rachidiennes, chute de cheveux, etc.]

Mme Y a fait état de [attouchements/propositions sexuelles/insultes/promesses/menaces/viol etc., qu'il impute à [collègue/supérieur hiérarchique/un client/un fournisseur/un professionnel de la santé...] qui se seraient déroulés [date précise ou période approximative]...

Son état a nécessité [un arrêt de travail de telle date à telle date/la mise en place d'une thérapie médicamenteuse/un soutien psychothérapeutique/l'orientation vers un-e spécialiste/vers un service de santé au travail...].

Ces troubles sont compatibles avec les agissements décrits précédemment, Mme X n'ayant jamais été traitée pour de telles manifestations/ces symptômes correspondent à la symptomatologie rencontrée suite à un stress post traumatique / du harcèlement.

Certificat fait à la demande de l'intéressée, le [date].

Signature