



Kit Reference Number N° de référence de la trousse Affix Kit Reference Number Here Apposer le n° de référence de la trousse ici
Date

Consent

Please print legibly

To: _____
(Name and Title of Healthcare Practitioner)

and
To: _____
(Name of Healthcare Facility)

and other persons associated with the Healthcare Facility.

I, _____
(Name of Person giving consent)

hereby authorize you to:

- 1) examine and treat:

(Name of the Patient)

for the effects of a sexual assault.

- 2) conduct an examination for the purpose of assisting the police in apprehending and/or prosecuting the person(s) who committed the assault. This examination will include a physical examination that may involve:
 - a) an examination of the mouth, genitalia, anus and rectum;
 - b) the collection of articles of clothing, the combing of pubic hair and the collection of samples from the surface of the body, mouth, genitalia, anus and rectum;
 - c) the collection of blood and urine specimens for analysis to determine the presence of alcohol and/or other drugs;
 - d) the collection of a DNA reference sample; and
 - e) the taking of notes and/or photographs to document examination findings.
- 3) inform the police that a sexual assault was committed, and provide them with any substances collected during the course of the physical examination and any information and observations that might assist them in apprehending and/or prosecuting the person(s) who committed the assault.

I understand that I am free to consent to all or any part of the above. I also understand that my refusal to consent to either or both of items 2 and 3 above will in no way result in denial of treatment for the effects of the assault.

I also understand that I am free to revoke all or any part of this consent at any time during the examination.

Signature of Patient or the Person giving consent

Signature of Healthcare Practitioner

Signature of Witness

Consentement

Écrivez lisiblement en lettres moulées

À : _____
(Nom et titre du professionnel de la santé)

et
à : _____
(Nom de l'établissement de soins de santé)

et aux autres personnes associées à l'établissement de soins de santé.

Je, _____
(Nom de la personne donnant le consentement)

vous autorise par la présente à :

- 1) examiner et traiter

(Nom du patient)

pour les suites d'une agression sexuelle.

- 2) procéder à un examen afin d'aider la police à appréhender ou à poursuivre la ou les personnes ayant perpétré l'agression. Cet examen comprendra un examen physique qui pourrait inclure :
 - a) un examen de la bouche, des organes génitaux, de l'anus et du rectum;
 - b) la collecte de vêtements, le peignage des poils pubiens et le prélèvement d'échantillons de la surface du corps, de la bouche, des organes génitaux, de l'anus et du rectum;
 - c) le prélèvement de sang et d'urine pour analyse afin de déterminer la présence d'alcool et/ou d'autres drogues;
 - d) le prélèvement d'un échantillon d'ADN de référence; et
 - e) la prise de notes et/ou photos afin de consigner les résultats de l'examen.
- 3) signaler à la police qu'une agression sexuelle a été commise, à lui remettre les prélèvements recueillis au cours de l'examen physique et à lui communiquer tout renseignement ou observation pouvant l'aider à appréhender ou à poursuivre la ou les personnes ayant perpétré l'agression.

Je comprends que je suis libre de consentir à tous les articles mentionnés ci-dessus ou à certains d'entre eux seulement. Je comprends également que mon refus de consentir à l'un ou l'autre des articles 2 et 3 susmentionnés, ou aux deux, n'entraînera en aucune façon un refus de traitement pour les suites de l'agression.

Je comprends également que je conserve à tout moment au cours de l'examen le droit de revenir sur ce consentement en entier ou en partie.

Signature du patient ou de la personne donnant le consentement

Signature du professionnel de la santé

Signature du témoin

This form is retained by the Healthcare Facility – Ce formulaire est conservé par l'établissement des soins de santé



Royal Canadian Gendarmerie royale
Mounted Police du Canada

**Sexual Assault
Interview**

**Entrevue consécutive à
une agression sexuelle**

Kit Reference Number N° de référence de la trousse
Affix Kit Reference Number Here - Apposer le n° de référence de la trousse ici

Patient (Surname, given names) – Patient (Nom de famille, prénoms)	Gender – Sexe <input type="checkbox"/> Male Masculin <input type="checkbox"/> Female Féminin	Date of Birth (yyyy-mm-dd) Date de naiss. (aaaa-mm-jj)
--	---	---

Interview – Entrevue

Date (yyyy-mm-dd) Date (aaaa-mm-jj)	Time started (hh:mm) Heure de début (hh:mm)	Accompanied – Accompagnateur <input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non	If Yes, specify name and relationship – Si oui, précisez le nom et le lien
--	--	--	--

Accompanied for the interview – Accompagné à l'entrevue <input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non	Accompanied for the examination – Accompagné à l'examen <input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non
---	---

General Appearance – Apparence générale

How did the patient appear when practitioner first met the patient? (e.g. in outdoor clothing, clothing disheveled or neat, obvious stains, rips or tears on clothing)
Quelle apparence avait le patient à son arrivée? (p. ex. : vêtements d'extérieur, tenue soignée ou vêtements en désordre, taches ou déchirures évidentes)

Emotional State – État émotif

Give an objective description of the patient's emotional state throughout the examination process.
(e.g. eye contact with the practitioner, crying, withdrawn, looking at the floor, head covered by blanket)
Décrivez de manière objective l'état émotif du patient pendant l'examen.
(p. ex. : il vous regarde dans les yeux, pleure, se replie sur lui-même, regarde le plancher, se cache la tête sous une couverture)

Details of Assault – Détails de l'agression

Record the details in the patient's own order of recall and words. Spontaneous utterances may have relevance to the investigation or court proceedings.
Notez les détails dans les propres mots du patient et dans l'ordre où ils lui reviennent à la mémoire. Les déclarations spontanées peuvent servir à l'enquête ou au procès.

Sexual Assault Interview done by: Entrevue consécutive à l'agression sexuelle menée par :	Attending nurse: Infirmière traitante :
--	--

Signature	Date (yyyy-mm-dd) Date (aaaa-mm-jj)	Time - Heure (hh:mm)
-----------	--	----------------------

DISTRIBUTION : White: Healthcare Facility Copie blanche : Établissement de soins de santé
Canary: Police Copie jaune : Police





Royal Canadian Mounted Police / Gendarmerie royale du Canada

Sexual Assault History / Compte rendu de l'agression sexuelle

Kit Reference Number / N° de référence de la trousse
 Affix Kit Reference Number Here / Apposer le n° de référence de la trousse ici

Patient (Surname, given names) – Patient (Nom de famille, prénoms)		Gender – Sexe <input type="checkbox"/> Male Masculin <input type="checkbox"/> Female Féminin		Date of Birth (yyyy-mm-dd) / Date de naiss. (aaaa-mm-jj)	
Prior to the assault, did the following sexual contact occur: Avant l'agression, est-ce qu'il y a eu contact sexuel :			Condom Used / Condom utilisé		
Oral performed on patient (if within last 24 hours) oral effectué sur le patient (si dans les dernières 24 heures)?		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non <input type="checkbox"/> N/A – S.O.	
Oral performed by patient (if within last 24 hours) oral effectué par le patient (si dans les dernières 24 heures)?		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non <input type="checkbox"/> N/A – S.O.	
Anal (if within last 3 days) anal (si dans les 3 derniers jours)		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non <input type="checkbox"/> N/A – S.O.	
Vaginal (if within last 7 days) vaginal (si dans les 7 derniers jours)		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non <input type="checkbox"/> N/A – S.O.	
Assault Location – Lieu de l'agression			Date of Assault (yyyy-mm-dd) / Date de l'agression (aaaa-mm-jj)		Time - Heure (hh:mm)
Were the patient's clothes changed after the assault? Le patient a-t-il changé ses vêtements après l'agression?		If yes, are they available? Dans l'affirmative, ses vêtements sont-ils disponibles?		Were they laundered after the assault? Ont-ils été lavés après l'agression?	
<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non	
Was patient menstruating at the time of assault? La patiente avait-elle ses menstruations au moment de l'agression?		Number of assailants or unknown Nombre d'agresseurs ou inconnu		Gender of assailants - Sexe des agresseurs	
<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non		_____ <input type="checkbox"/> Unknown / Inconnu		<input type="checkbox"/> Male Masculin <input type="checkbox"/> Female Féminin	
Did patient injure the assailant? If yes give details (scratching, biting, hitting, etc.) Le patient a-t-il blessé l'agresseur? Dans l'affirmative, veuillez préciser la nature des blessures (égratignures, morsures, coups, etc.)					
Assailant relationship to patient / Lien entre l'agresseur et le patient <input type="checkbox"/> Stranger / Étranger <input type="checkbox"/> Brief encounter (less than 24 hours) / Rencontre brève (moins de 24 heures) <input type="checkbox"/> Acquaintance (more than 24 hours) / Connaissance (plus de 24 heures) <input type="checkbox"/> Known individual (give relationship): – Personne connue du patient (préciser le lien) : _____					
During the assault, there was penile penetration: Pendant l'agression, il y a eu pénétration pénienne :		<input type="checkbox"/> of mouth / de la bouche		<input type="checkbox"/> of vagina / du vagin	
During the assault, there was digital penetration: Pendant l'agression, il y a eu pénétration digitale :		<input type="checkbox"/> of mouth / de la bouche		<input type="checkbox"/> of vagina / du vagin	
During the assault, there was penetration with an object: Pendant l'agression, il y a eu pénétration d'un objet dans :		<input type="checkbox"/> of mouth / la bouche		<input type="checkbox"/> of vagina / le vagin	
During the assault, was there contact by mouth or hands to the patient's skin? If yes, please specify. Pendant l'agression, l'agresseur a-t-il touché la peau du patient avec sa bouche ou ses mains? Dans l'affirmative, veuillez préciser. <input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non					
Was a condom used during the assault? L'agresseur portait-il un condom?		Did ejaculation occur? If yes, give location; include any external locations (clothing, etc.) L'agresseur a-t-il éjaculé? Dans l'affirmative, veuillez préciser l'endroit; fournir l'endroit de toute éjaculation externe (p. ex. sur les vêtements)			
<input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <input type="checkbox"/> Unknown / Inconnu		<input type="checkbox"/> Yes – Oui <input type="checkbox"/> No – Non			
Between the assault and this physical examination the patient: – Entre l'agression et l'examen physique en cours, le patient :					
<input type="checkbox"/> Bathed / a pris un bain		<input type="checkbox"/> Showered / a pris une douche		<input type="checkbox"/> Douched / a utilisé une douche vaginale	
<input type="checkbox"/> Voided / a uriné		<input type="checkbox"/> Defecated / a déféqué		<input type="checkbox"/> Had consensual intercourse / a eu une relation sexuelle consensuelle	
Healthcare Practitioner performing the examination: Nom du professionnel de la santé ayant fait l'examen :			Attending nurse: Infirmière traitante :		
Sexual Assault History taken by: Détails de l'agression sexuelle pris en note par :		Signature		Date (yyyy-mm-dd) / Date (aaaa-mm-jj)	
				Time - Heure (hh:mm)	

DISTRIBUTION : White: Healthcare Facility / Copie blanche : Établissement de soins de santé
 Canary: Police / Copie jaune : Police
 Pink: Forensic Laboratory / Copie rose : Laboratoire judiciaire





Royal Canadian Mounted Police / Gendarmerie royale du Canada

Forensic Evidence Record / Rapport d'expertise médico-légale

Kit Reference Number / N° de référence de la trousse

Affix Kit Reference Number Here / Apposer le n° de référence de la trousse ici

Name of Healthcare Practitioner Transferring the Items / Nom du professionnel de la santé qui transfère les articles		Name of Healthcare Facility – Nom de l'établissement de soins de santé	
Signature of Healthcare Practitioner – Signature du professionnel de la santé		Examination Date (yyyy-mm-dd) / Date de l'examen (aaaa-mm-jj)	Time Started (hh:mm) / Heure de début (hh:mm)

Items to be transferred from the Healthcare Practitioner to the Police Officer / Articles à transférer du professionnel de la santé au policier

	Description - Add description where required / Ajoutez la description si nécessaire	Done Fait	None Found Rien trouvé	Rec'd Reçu
1-A				<input type="checkbox"/>
1-B				<input type="checkbox"/>
1-C				<input type="checkbox"/>
1-D				<input type="checkbox"/>
1-E	Drop Sheet – Feuilles de protection			<input type="checkbox"/>
2-A/2-B	Oral Samples – Prélèvements oraux	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3-A	Foreign Material * – Corps étranger **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-B	Foreign Material * – Corps étranger **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-C	Body Stain * – Tache corporelle **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-D	Body Stain * – Tache corporelle **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-E	Body Stain * – Tache corporelle **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-F	Body Stain * – Tache corporelle **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-A	Fingernail Sample (Right Hand) – Écouvillon - ongles (main droite)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4-B	Fingernail Sample (Left Hand) – Écouvillon - ongles (main gauche)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5-A	Pubic Hair Combing – Poils pubiens (peignés)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5-B	Other Items (specify) – Autres articles (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-A/6-B	External Genitalia Samples – Prélèvements des organes génitaux externes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7-A/7-B	Vaginal Samples – Prélèvements vaginaux	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8-A/8-B	Anal Samples – Prélèvements anaux	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9-A/9-B	Rectal Samples – Prélèvements rectaux	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10-A	DNA Reference Sample – Échantillon d'ADN de référence	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

* Specify Body Area - ** Précisez la zone du corps

Receiving Police Officer – Policier qui reçoit les articles			
Name – Nom	Rank – Grade	Date (yyyy-mm-dd) / Date (aaaa-mm-jj)	Time – Heure (hh:mm)
Police Agency – Service de police		Signature of the Police Officer – Signature du policier	

DISTRIBUTION : White: Healthcare Facility / Copie blanche : Établissement de soins de santé
 Canary: Police / Copie jaune : Police
 Pink: Forensic Laboratory / Copie rose : Laboratoire judiciaire





Traumagrams — Diagrammes corporels

Kit Reference Number N° de référence de la trousse
Affix Kit Reference Number Here Apposer le n° de référence de la trousse ici

Physical Examination started — L'examen physique a débuté		Number of hours between the assault and physical examination Nombre d'heures entre l'agression et l'examen physique
Date (yyyy-mm-dd) - (aaaa-mm-jj)	Time - Heure (hh:mm)	

Physical Findings Guide (BALD STEP) *

Form completed in English

B BL Bleeding	S SW Swelling
BI Bite	ST Stain + FL if fluorescent
BU Burn	T TE Tenderness
BR Bruise	TR Trace evidence - specify
A AB Abrasion	E ER Erythema
AV Avulsion	P PA Patterned + draw shape
L LA Laceration	PT Petechiae
D DE Deformity-acute	PE Penetrating + I = incised, S = stab, P = puncture, G = gun injury

* Include measurements, colour for each and draw shape where appropriate

Guide des constatations physiques (BALDM STEP) **

Formulaire rempli en français

B BR Brûlure	S SA Saignement
BM Blessure à motif (dessiner la forme)	SE Sensibilité
BP Blessure pénétrante + I = incision, C = par couteau, P = perforation, A = par arme à feu	T TA Taches + FL si fluorescent
A AB Abrasion	TR Éléments de trace - précisez
AV Avulsion	E EC Ecchymoses
L LA Lacération	EN Enflure
D DE Déformation	ER Érythème
M MO Morsure	P PE Pétéchies

** Indiquez les mesures et la couleur et dessinez la forme au besoin

Toluidine Instructions

- **After collecting** the external samples, apply the toluidine blue solution to the external genital area (e.g. fossa navicularis, labia, between labia, around anus), avoiding internal mucous membranes. Allow to dry for approximately 60 seconds.
- Apply a removal agent to remove excess dye either using a water soluble lubricant on a gauze pad or by spraying with 1% acetic acid (vinegar) solution until the surrounding skin has returned to its normal colour.
- Distinct dark purple areas are considered positive for abrasions, cuts or lacerations. Diffuse pale purple staining remaining across an area is considered non-specific and may be indicative of general inflammation.
- Document on the traumagram whether the injuries were seen with toluidine, without toluidine or with both.

Instructions pour l'utilisation de la toluidine

- **Une fois** les prélèvements externes **recueillis**, appliquez la solution de bleu de toluidine sur les organes génitaux externes (p. ex., fosse naviculaire, lèvres, entre les lèvres, autour de l'anus), en évitant les muqueuses internes. Laissez sécher pendant environ 60 secondes.
- Appliquez un agent nettoyant pour éliminer l'excès de colorant soit avec un tampon de gaze imbibé d'un lubrifiant soluble dans l'eau ou en vaporisant avec une solution d'acide acétique à 1% (vinaigre) jusqu'à ce que la peau environnante soit revenue à sa couleur normale.
- Une coloration de couleur violet foncé est considérée comme positive pour des abrasions, coupures ou lacérations. Une coloration diffuse de couleur violet pâle est considérée non-spécifique et peut être indicative d'une inflammation générale.
- Consignez sur les diagrammes si les blessures sont observées avec l'utilisation de la solution de toluidine, sans l'utilisation de la solution de toluidine ou avec les deux.

Initials
Initiales

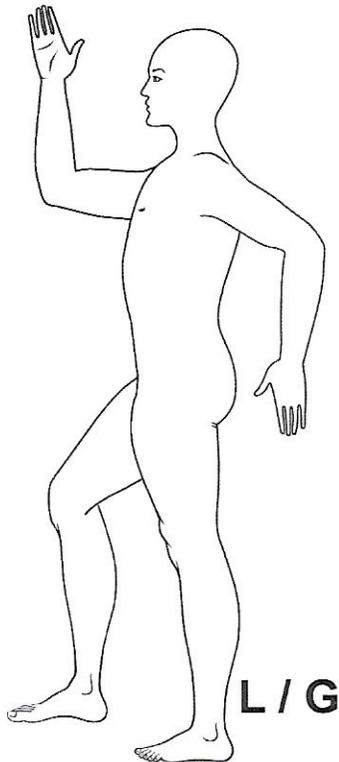
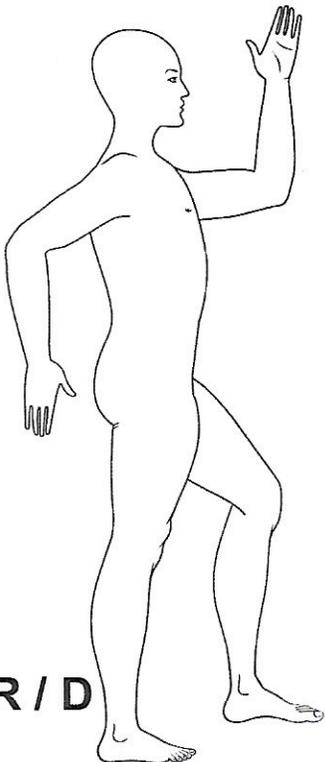
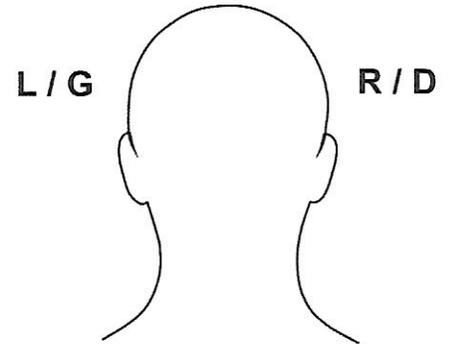
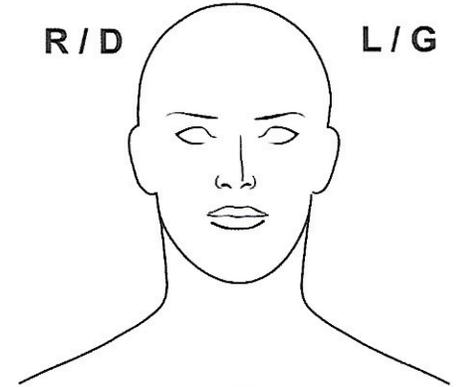
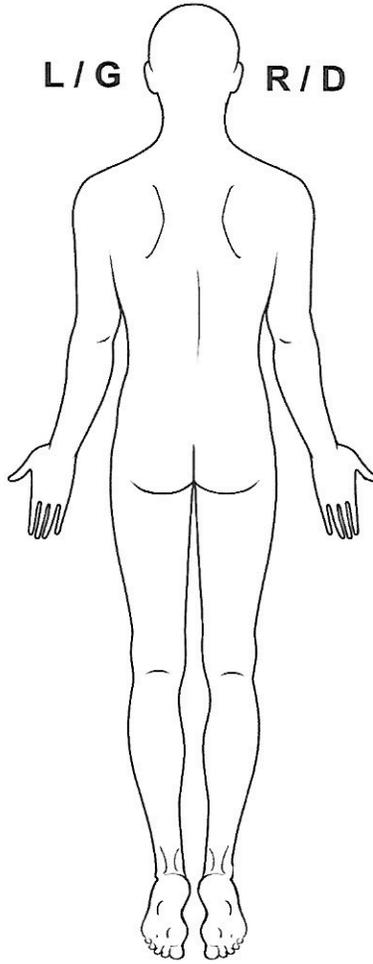
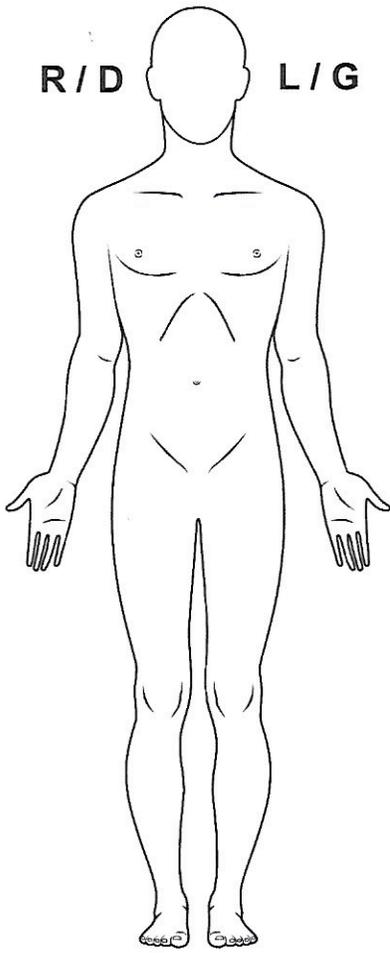
Traumagram - Full Body

Diagramme corporel - Vue complète du corps

Kit Reference Number
N° de référence de la trousse

Affix Kit Reference Number Here
Apposer le n° de référence de la trousse ici

Not Done
Non-fait



Alternate Light Source Used No Yes

Fluorescence No Yes

Swabs collected No Yes *

* If Yes, see Forensic Evidence Record (Form RCMP GRC 2369-4)

Source lumineuse alternative utilisée Non Oui

Fluorescence Non Oui

Écouvillons recueillis Non Oui **

** Voir le rapport d'expertise médico-légale (formulaire RCMP GRC 2369-4)

Initials
Initiales

Traumagram - Head and Neck

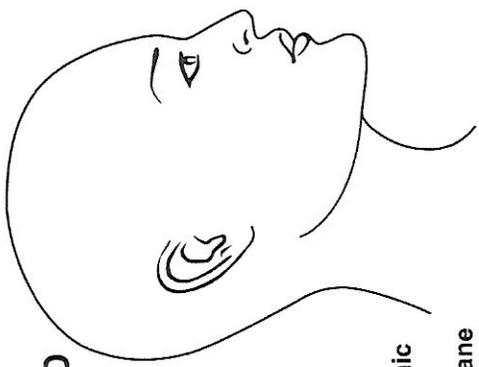
Diagramme corporel - Tête et cou

Kit Reference Number
 N° de référence de la trousse

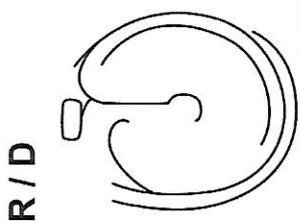
Affix Kit Reference Number Here

Apposer le n° de référence de la trousse ici

Not Done
 Non-fait

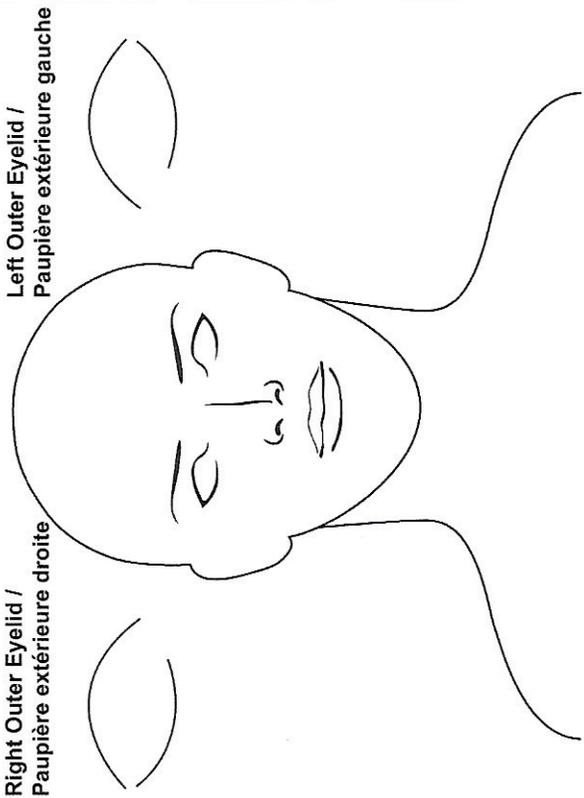
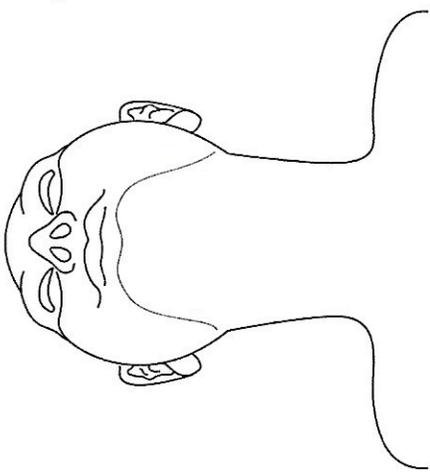
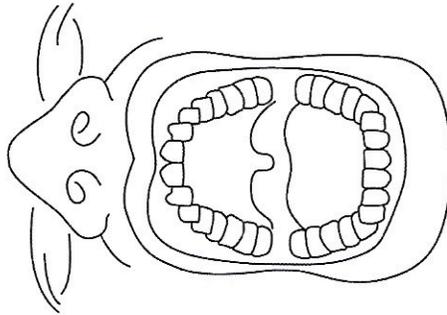


R / D



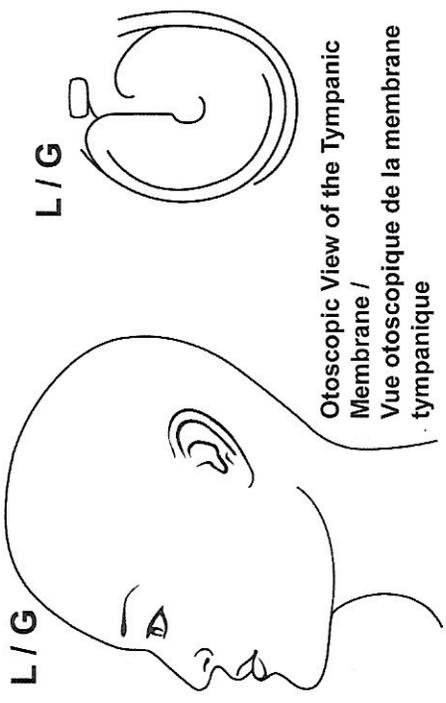
R / D

Otoscopic View of the Tympanic Membrane /
 Vue otoscopique de la membrane tympanique

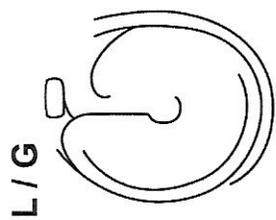


Right Outer Eyelid /
 Paupière extérieure droite

Left Outer Eyelid /
 Paupière extérieure gauche



L / G



L / G

Otoscopic View of the Tympanic Membrane /
 Vue otoscopique de la membrane tympanique

Initials
 Initiales

Traumagram - Hands

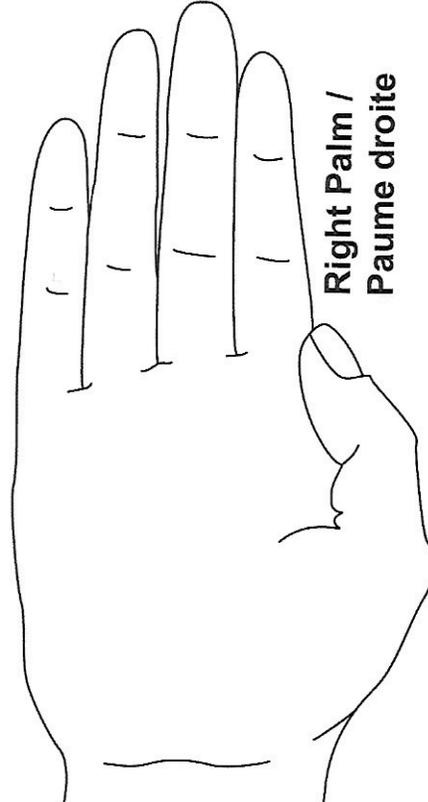
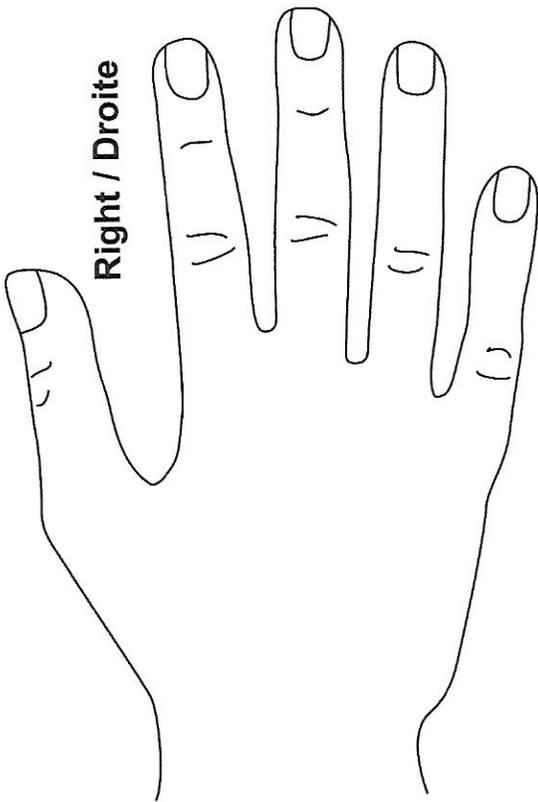
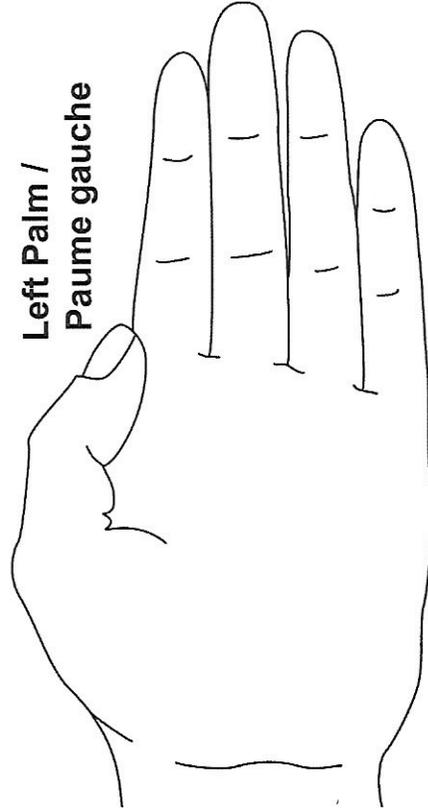
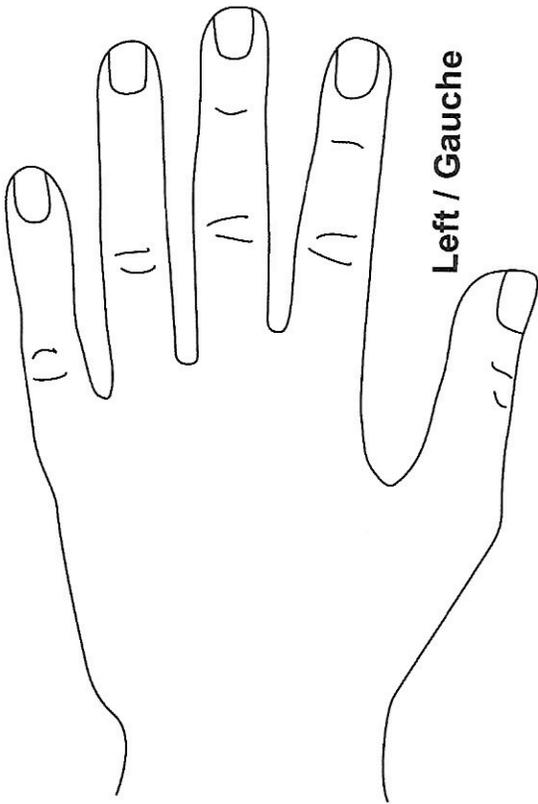
Diagramme corporel - Mains

Kit Reference Number
N° de référence de la trousse

Affix Kit Reference Number Here

Apposer le n° de référence de la trousse ici

Not Done
Non-fait



Traumagram - Female Genitalia

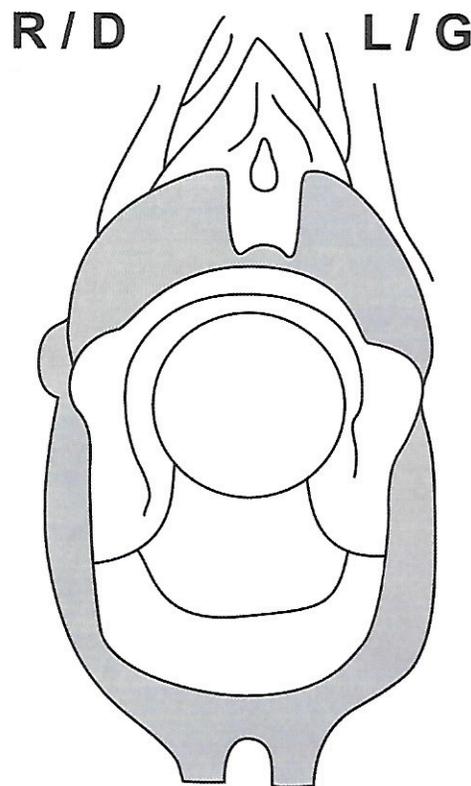
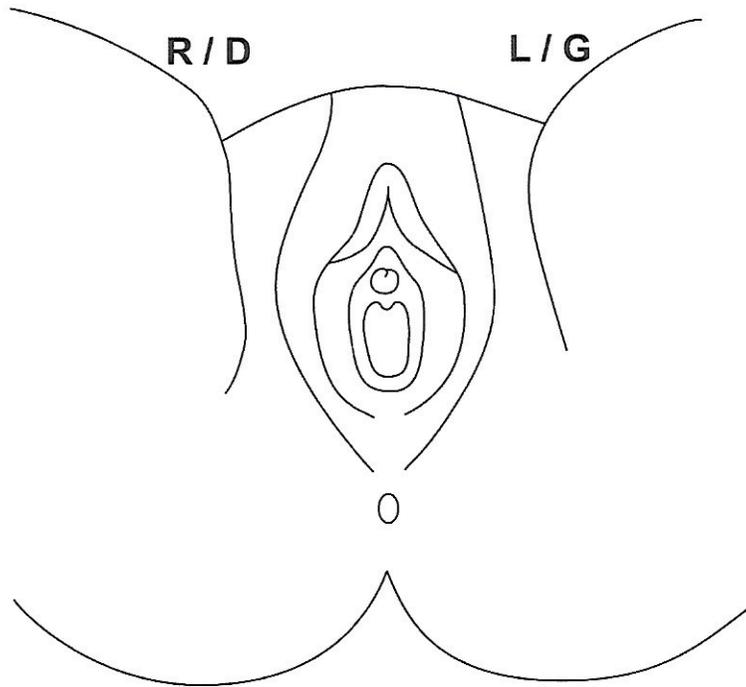
Diagramme corporel - Organes génitaux féminins

Kit Reference Number
 N° de référence de la trousse

Affix Kit Reference Number Here

Apposer le n° de référence de la trousse ici

Not Done
 Non-fait



Genitalia Exam (Visualization aids used) — Examen des organes génitaux (Aides visuelles utilisées)

External Exam Examen externe	Alternate Light Source lumineuse alternative	Toluidine Blue * Bleu de toluidine **	Balloon Visualisation Visualisation au ballon	Speculum Spéculum
<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> No - Non
<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> Yes - Oui

Anal Exam (Visualization aids used) — Examen anal (Aides visuelles utilisées)

External Exam Examen externe	Alternate Light Source lumineuse alternative	Toluidine Blue * Bleu de toluidine **	Anoscope Anuscopie
<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> No - Non
<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	<input type="checkbox"/> Yes - Oui

* If the toluidine blue solution is used, note beside each injury:

NT seen with no blue toluidine solution

WT seen only with the blue toluidine solution

BT seen with and without the blue toluidine solution

** Si la solution de bleu de toluidine est utilisée, notez à côté de chaque blessure:

ST observée sans la solution de bleu de toluidine

AT observée avec la solution de bleu de toluidine

A/S T observée avec et sans la solution de bleu de toluidine

Initials
 Initiales

Traumagram - Male Genitalia

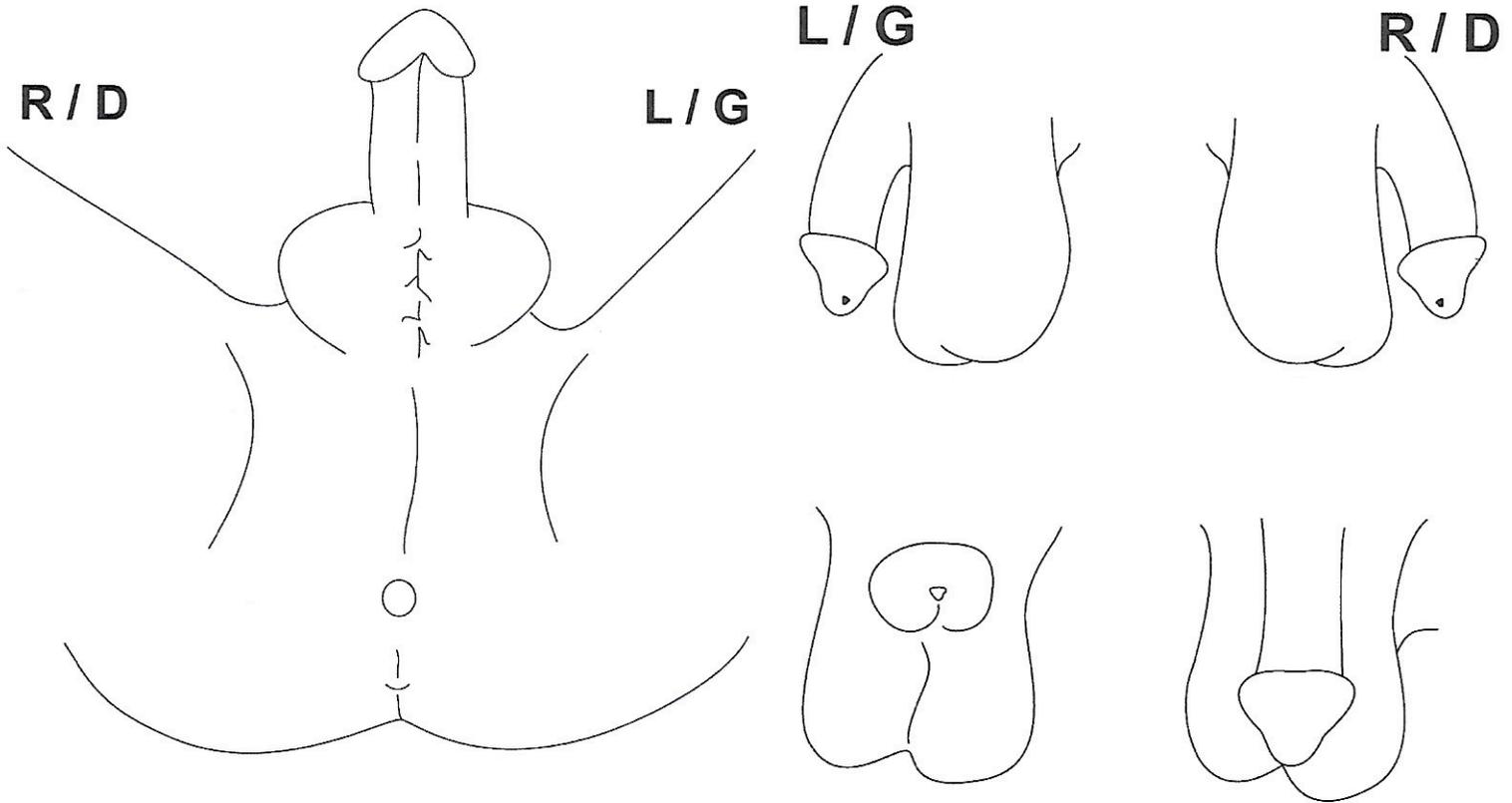
Diagramme corporel - Organes génitaux masculins

Kit Reference Number
N° de référence de la trousse

Affix Kit Reference Number Here

Apposer le n° de référence de la trousse ici:

Not Done
Non-fait



Genitalia Exam (Visualization aids used) — Examen des organes génitaux (Aides visuelles utilisées)

External Exam
Examen externe

- No - Non
 Yes - Oui

Alternate Light
Source lumineuse alternative

- No - Non
 Yes - Oui

Toluidine Blue *
Bleu de toluidine **

- No - Non
 Yes - Oui

Anal Exam (Visualization aids used) — Examen anal (Aides visuelles utilisées)

External Exam
Examen externe

- No - Non
 Yes - Oui

Alternate Light
Source lumineuse alternative

- No - Non
 Yes - Oui

Toluidine Blue *
Bleu de toluidine **

- No - Non
 Yes - Oui

Anoscope
Anuscopie

- No - Non
 Yes - Oui

* If the toluidine blue solution is used, note beside each injury:

- NT** seen with no blue toluidine solution
WT seen only with the blue toluidine solution
BT seen with and without the blue toluidine solution

** Si la solution de bleu de toluidine est utilisée, notez à côté de chaque blessure :

- ST** observée sans la solution de bleu de toluidine
AT observée avec la solution de bleu de toluidine
A/S T observée avec et sans la solution de bleu de toluidine

Initials
Initiales