## **Certificat médical circonstancié à annexer à une requête en vue d’une mesure de protection judiciaire**.

## (Article 1241 du Code judiciaire.)

Ce certificat médical circonstancié doit être délivré par un médecin agréé ou un psychiatre*[[1]](#footnote-1)* et doit décrire l’état de santé de la personne concernée, sur la base d’un examen récent de cette dernière ou sur la base des données médicales actualisées du dossier du patient visé à l’article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Soit  *En vue de la protection judiciaire d’une personne*.

quant à sa personne (Article 492/1, § 1er du Code Civil.)

quant à ses biens (Article 492/1, § 2 du Code Civil).

quant à sa personne ET quant à des biens.

Soit  *En vue de la* ***levée*** *d’une mesure de protection judiciaire*.

**Toutes** les mentions de ce formulaire doivent être complétées

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** et prénom du médecin |  | | |
| N° INAMI |  | | |
| Rue |  | N° |  |
| CP |  | Ville |  |

***Agissant à la requête de*** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** et prénom (1) |  | | |
| Rue |  | N° |  |
| CP |  | Ville |  |
| **Nom** et prénom (2) |  | | |
| Rue |  | N° |  |
| CP |  | Ville. |  |

Déclare **avoir examiné** le ….. /….. /……... , pour établir le certificat médical.

Déclare établir le présent certificat médical circonstancié sur la base des données médicales actualisées provenant du dossier du patient, **consulté** le …./…../………, **après avoir obtenu**, à cet effet, le **consentement** éclairé de la personne concernée ou, le cas échéant, de son représentant.

Déclare établir le présent certificat médical circonstancié sur la base des données médicales actualisées provenant du dossier du patient, **consulté** le …./…../………, **sans** avoir obtenu, à cet effet, le **consentement** éclairé de la personne concernée.

Personne à protéger /  Personne protégée :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom** et prénom |  | | |
| **Date de naissance** |  | | |
| **Résidant actuellement :** |  | | |
| Rue |  | N° |  |
| CP |  | Ville-Commune. |  |

**Et avoir constaté que son état de santé pouvait être décrit comme suit** :

(*Au besoin, compléter cette description sur une feuille annexe et joindre tous documents utiles pour le juge*).

**Incidence de cet état de santé sur la bonne gestion de ses intérêts de nature patrimoniale ou autre**.

**Soins qu’implique cet état de santé**.

**Facultés de déplacement** :

Mon avis est que cette personne  peut /  ne peut pas se déplacer.

Un déplacement, compte tenu de son état de santé  est/ n’est pas indiqué.

**Prise de connaissance du compte-rendu de la gestion** :

Mon avis est que cette personne  est/ n’est pas à même de prendre connaissance du compte-rendu de la gestion de ses biens si un administrateur est désigné.

Je déclare n’être ni parent, ni allié de la partie requérante ou de la personne à protéger, ni être attaché à un titre quelconque à l’établissement dans lequel la personne à protéger/protégée se trouve.

Fait le …./…… /………, à …….. **Signature et cachet du médecin**.

1. *Des médecins non agréés peuvent délivrer un certificat médical circonstancié visé à l’article 1241 du Code Judiciaire et être désignés pour donner un avis visé à l’article 1246, § 2, du Code judiciaire, pendant un délai de* ***cinq ans*** *qui suit l’entrée en vigueur des arrêtés royaux qui fixent les procédures et les conditions d’agrément de ces médecins*. [↑](#footnote-ref-1)