Annexe
Modèle de rapport médical circonstancié dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique

Le (la) soussigné(e) (nom/prénom) :
médecin, disposant du numéro INAMI :
certifie avoir examiné le / / la personne suivante :

- Nom/prénom :
- Né(e) le / /
- Domicilié(e) à :
- Résidant(e) à :
- Se trouvant actuellement à :

Le (la) soussigné(e) décrit les éléments suivants :

- les circonstances de l'examen psychiatrique (modalités d'arrivée et circonstances de l'examen, attitude de la personne examinée) :

  ……
  ……
  ……

- l'état physique de la personne examinée (état général, intoxication, etc.) :

  ……
  ……
  ……

- la situation familiale et le contexte social de la personne examinée :

  ……
  ……
  ……

- le trouble psychiatrique (examen psychiatrique et hypothèse diagnostique) de la personne examinée :

  ……
  ……
  ……

- le refus de soins adapté et, en l'absence d'urgence, le défaut de toute autre alternative de traitement (soins proposés, tentatives récentes, etc.) :

  ……
  ……
  ……

- en quoi la personne examinée met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui :

……
……
……

- le degré d'urgence :

……
……
……

Conformément à la loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique, le/la soussigné(e) déclare, qu'au vu des éléments susmentionnés :

- une mesure de protection devrait être prise – ne devrait pas être prise (biffez la mention inutile). Le cas échéant, précisez si une mesure d'observation protectrice ou un traitement volontaire sous conditions est recommandé et si possible à quelles conditions :
  ……..
  ……..

- une évaluation clinique devrait être prise d'urgence – ne devrait pas être prise (biffez la mention inutile).

A titre informatif, si une mesure de protection ou une évaluation clinique est décidée* :

- le/la sousigné(e) signale que la personne examinée a déclaré souhaiter (ex. préférence pour une institution ou institution à éviter au vu de précédents problèmes) :
  ……
  ……

- le/la sousigné(e) signale qu'une place est disponible dans l'institution suivante :

  ……..

Le (la) soussigné(e) certifie qu'il/elle n'est ni le médecin requérant(e) ni un médecin parent(e) ou allié jusqu'au quatrième degré du requérant ou de la personne examinée.

Fait à , le / /

Le (la) sousigné(e) affirme sur l'honneur que le présent rapport est sincère et complet.

Signature et cachet du médecin

** facultatif*