
Rapport Médical Circonstancié

(à n'utiliser que dans le cadre de l'application de la Loi du 26 juin 1990)

Je soussigné

Docteur en médecine demeurant à

Certifie avoir examiné, le

Le/la nommé(e):

Lieu et date de naissance :

Résidant ou domicilié(e) à :

Et avoir constaté(e)

1. Circonstances de l'examen mental

(Mode d'arrivée, à la requête de, circonstances, attitudes du patient, ...)

2. Présentation et état physique du patient à l'examen

(Etat général, intoxication, aspect vestimentaire, hygiène, ...)

TA : **Pouls :** **T° :**

3. Antécédents personnels

(Anamnèse somatique et psychiatrique)

4. Situation familiale

5. Maladie Mentale

(Examen mental et hypothèse diagnostique)

6. Défaut d'alternative

(Traitements proposés, échecs récents,...)

7. Refus de soins

8. Dangerosité

(Spécifiez et argumentez en quoi le patient met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui)

9. Degré d'urgence

(Spécifiez et argumentez)

Le soussigné déclare qu'il n'est ni parent, ni allié du malade ou du requérant, ni attaché à un titre quelconque à l'établissement dans lequel la personne à protéger se trouve. J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Lieu et date : Signature :

Nom du senior responsable :

Place disponible à :