

**CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ**

**EN VUE DE L’OUVERTURE D’UNE MESURE DE PROTECTION JUDICIAIRE**

**(Personne majeure)**

**CONCERNANT :**

**NOM**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**PRENOM :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Rappels importants :**

Ce certificat doit être remis à la personne ayant sollicité ce certificat sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles (*art. 1219 du code de procédure civile*).

Il est susceptible d'être lu par toute partie intéressée à la procédure, y compris la personne faisant l'objet de la demande de mesure de protection (sauf décision contraire du juge des tutelles pour contre-indication médicale) (*art. 1222 et 1222-1 du code de procédure civile*).

**CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ**

**EN VUE DE L’OUVERTURE D’UNE MESURE DE PROTECTION JUDICIAIRE**

**Je soussigné(e) : Docteur :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Mail :**

*Inscrit sur la liste établie par le Procureur de la République du tribunal judicaire de :*

*(en application de l’article 431 du Code Civil)*

**Atteste avoir personnellement examiné le :**

Madame  Monsieur

Nom de naissance :

Nom d’usage :

Prénoms :

Né(e) le :       à

Situation familiale :

**L’examen a été réalisé à la demande de :**

L’intéressé(e)

Un proche (précisez) :

Lien avec la personne examinée :

Du Procureur de la République :

Autres (précisez) :

Lien avec la personne examinée :

**Examen réalisé :**

Au domicile de l’intéressé(e)

À mon cabinet

En établissement hospitalier (précisez) :

En EHPAD (précisez) :

Autre (précisez) :

**En présence de** (précisez) :

Lien avec la personne examinée :

Raison de la présence (précisez) :

Comportement de la personne accompagnante au cours de l’examen :  Acteur de la discussion

Simple observateur

**DONNÉES BIOGRAPHIQUES *(environnement familial, niveau d’études, profession, conditions de vie…)***

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET PATHOLOGIES EN COURS**

**Source(s) de ces données médicales :**

L’intéressé(e)

Proches (précisez) :

Médecin traitant (précisez) :

Consultation du dossier médical (précisez) :

Autre (précisez) :

**Précisez :**

**ALTÉRATION DES FACULTÉS CORPORELLES**

**1. Altération des facultés corporelles** *(Si oui, complétez les questions suivantes)* **:**

Oui

Non

**2. Evaluation de l’autonomie physique**

**3. Cette altération des facultés corporelles est-elle de nature à empêcher la personne d'exprimer sa volonté ?**

Oui

Non

**4. En l’état des connaissances médicales, l’altération des facultés corporelles constatées :**

Peut s’améliorer  N’est susceptible d’aucune amélioration

Ne peut que s’aggraver  Evoluera de façon non prévisible

**ALTÉRATION DES FACULTÉS MENTALES**

**1. Altération des facultés mentales** *(Si oui, complétez les questions suivantes)* **:**

Oui

Non

**2. Vous constatez chez l’intéressé(e) :**

Un trouble de la mémoire Une désorientation :  Temporelle et/ou  Spatiale

Des difficultés de concentration  Des troubles délirants

Des troubles du jugement  Une altération du fonctionnement adaptatif

Une vulnérabilité  Un handicap intellectuel inné ou accidentel

Une conduite addictive  Autres. Précisez :

**3. Décrivez l’altération des facultés de la personne examinée :**

Peut-elle s’exprimer ?  oui  difficilement  non

Comprend-elle ses interlocuteurs ?  oui  difficilement  non

Peut-elle lire ?  oui  difficilement  non

Peut-elle écrire ?  oui  difficilement  non

Peut-elle compter ?  oui  difficilement  non

Se repère-t-elle dans le temps ?  oui  difficilement  non

Se repère-t-elle dans l’espace ?  oui  difficilement  non

Peut-elle se déplacer seule ?  oui  difficilement  non

Peut-elle se déplacer accompagnée ?  oui  difficilement  non

A-t-elle la notion de l’argent ?  oui  un peu  non

Peut-elle faire une procuration en comprenant les enjeux ?  oui  non

**Précisez :**

**4. Cette altération des facultés mentales est-elle de nature à empêcher la personne d'exprimer sa volonté ?**

Oui

Non

**5. En l’état des connaissances médicales actuelles, l’altération des facultés mentales constatée :**

Peut s’améliorer  N’est susceptible d’aucune amélioration

Ne peut que s’aggraver  Evoluera de façon non prévisible

**OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES**

**AUDITION DE LA PERSONNE PAR LE JUGE**

**1. L’audition de l’intéressé(e) par le juge des tutelles est-elle :**

Possible

A éviter (NB ***:*** *L’audition par le juge des tutelles est obligatoire, sauf si l’un des deux motifs suivants est caractérisé)*,car :

L’audition est de nature à porter atteinte à sa santé.

L’intéressé(e) est hors d’état d’exprimer sa volonté.

**Précisez la raison :**

**2. L’audience peut-elle avoir lieu au tribunal ?**

Oui

Non

**Si oui, y a-t-il à prévoir des modalités particulières (par exemple, interprète, accompagnant…) ?**

Précisez :

**CONCLUSION**

1. **La personne examinée doit-elle faire l’objet d’une mesure de protection ?**  Oui  Non

*Si oui, merci de répondre aux questions suivantes.*

1. **La personne examinée doit-elle être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile,  
   car hors d’état d’agir elle-même ?** (TUTELLE, HABILITATION FAMILIALE REPRESENTATION)  Oui  Non
2. **A-t-elle, sans être hors d’état d’agir elle-même, besoin d’être assistée ou contrôlée dans les actes importants de la vie civile ?** (CURATELLE SIMPLE, HABILITATION FAMILIALE ASSISTANCE)  Oui  Non

**Si oui, est-elle dans l’incapacité de gérer seule son budget ?** (CURATELLE RENFORCEE, HABILITATION FAMILIALE ASSISTANCE)  Oui  Non

1. **A-t-elle besoin d’une protection juridique temporaire** (pendant l’instruction du dossier) **ou pour une série d’actes limités** (pendant un an maximum)**?** (SAUVEGARDE DE JUSTICE)  Oui  Non

En cas de nécessité d’une protection juridique temporaire pendant l’instruction du dossier, faut-il désigner un mandataire spécial en urgence ?  Oui  Non

1. **La mesure de protection peut-elle excéder une durée de cinq ans ?**  Oui  Non
2. **La mesure de protection doit porter sur :**  La personne  Ses biens  Les deux
3. **Le majeur à protéger adhère-t-il à la mise en place d’une mesure de protection ?**  Oui  Non
4. **La personne examinée est-elle en capacité de rester ou de retourner vivre à son domicile ?**

Oui  Non

**Si oui, son maintien ou son retour à domicile est conditionné par :**

1. **La mesure peut-elle être exercée par un membre de la famille ou un proche ?**  Oui  Non

Précisez :

Fait le       **Signature et cachet**