

**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**