

**MESURE DE PROTECTION JUDICIAIRE**

**(Personne majeure)**

**CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE :**

**D’UNE MAINLEVÉE**

**D’UN ALLÈGEMENT**

**D’UN RENOUVELLEMENT A L’IDENTIQUE**

**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 juge des tutelles.

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 A COMPLÉTER PAR TOUT MÉDECIN**

**Je soussigné(e) : Docteur :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Mail :**

**Atteste avoir personnellement examiné le :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Madame  Monsieur

Nom de naissance :

Nom d’usage :

Prénoms :

Né(e) le :          à

Situation familiale :

**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

**Faisant actuellement l’objet d’une mesure de :**

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Habilitation familiale assistance

Tutelle

Habilitation familiale représentation

Information non connue

**1. La mesure en cours vous paraît-elle toujours adaptée aux altérations de la personne ?**

Oui

Non

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

Un trouble de la mémoire

Une désorientation temporelle

Une désorientation 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

Peut-elle exprimer sa volonté ?  oui  partiellement  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

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

Peut-elle se déplacer seule ?  oui  difficilement  non

Peut-elle se déplacer accompagnée ?  oui  difficilement  non

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

**Précisez :**

**CONCLUSION : AVIS ARGUMENTÉ SUR L’ÉVOLUTION DE LA MESURE**

***Rappel :***

***TUTELLE, HABILITATION FAMILIALE REPRESENTATION :*** *La personne doit être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile, car hors d’état d’agir elle-même.*

***CURATELLE RENFORCEE, HABILITATION FAMILIALE ASSISTANCE :*** *La personne n’est pas en mesure de gérer seule son budget et a besoin d’être assistée ou contrôlée dans les actes importants de la vie civique.*

***CURATELLE SIMPLE, HABILITATION FAMILIALE ASSISTANCE****: La personne, sans être hors d’état d’agir elle-même, peut gérer seule son budget, mais a besoin d’être assistée ou contrôlée dans les actes importants de la vie civile.*

**Vous préconisez :**

**UN RENOUVELLEMENT À L’IDENTIQUE**

**UNE** **MAINLEVÉE**

**UN ALLÈGEMENT**

**Curatelle simple**

**Curatelle renforcée pour :  sa personne  ses biens  les deux**

**Habilitation familiale assistance pour :  sa personne  ses biens  les deux**

**Précisez :**

**L’audition de la personne par le juge peut-elle avoir lieu au tribunal ?**  Oui  Non

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

**Précisez :**

**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 :**

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

**Précisez**:

Fait le       **Signature et cachet**