

**CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ**

**EN VUE DE L’ACTIVATION**

**D’UN MANDAT DE PROTECTION FUTURE**

**(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’ACTIVATION D’UN MANDAT DE PROTECTION FUTURE**

**Je soussigné(e) : Docteur :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

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

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

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. *(en application de l’article 431 du Code Civil)*

**Atteste avoir personnellement examiné le :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  Madame [ ]  Monsieur

Nom de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom d’usage : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénoms : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Né(e) le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Situation familiale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

[ ]  L’intéressé(e)

[ ]  Du mandataire (personne désignée pour représenter la personne à protéger)

[ ]  Autres (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 Lien avec la personne examinée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Examen réalisé :**

[ ]  Au domicile de l’intéressé(e)

[ ]  À mon cabinet

[ ]  En établissement hospitalier (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  En EHPAD (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  Autre (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**En présence de** (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 Lien avec la personne examinée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 Raison de la présence (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

 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…)***

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET PATHOLOGIES EN COURS**

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

[ ]  L’intéressé(e)

[ ]  Mandataire

[ ]  Proches (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  Médecin traitant (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  Consultation du dossier médical (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

[ ]  Autre (précisez) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Précisez :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**ALTÉRATION DES FACULTÉS CORPORELLES**

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

[ ]  Oui

[ ]  Non

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

**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 [ ]  difficilement [ ]  non

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

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

**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**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**AUDITION DE LA PERSONNE PAR LE JUGE *(en cas de difficultés dans la mise en œuvre du mandat)***

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

[ ]  Possible

[ ]  A éviter

**Précisez la raison :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

**CONCLUSION**

**Le mandat de protection future doit-il être activé ?** [ ]  Oui [ ]  Non

*Si oui, merci de préciser à partir de quelle date (compléter) :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Fait le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Signature et cachet**

 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.