

**MESURE DE PROTECTION JUDICIAIRE**

**(Personne majeure)**

**CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ**

**EN VUE :**

[ ]  **D’UNE AGGRAVATION**

[ ]  **D’UN RENOUVELLEMENT POUR UNE DURÉE SUPÉRIEURE À CINQ ANS**

**CONCERNANT :**

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

 **PRÉNOM :** 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 CIRCONSTANCIÉ**

**EN VUE DE L’AGGRAVATION 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 judiciaire de :*

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

**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 :

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

[ ]  L’intéressé(e)

[ ]  Un proche (précisez) :

 Lien avec la personne examinée :

[ ]  La personne exerçant la mesure de protection en cours (précisez) :

[ ]  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

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

[ ]  Curatelle simple

[ ]  Curatelle renforcée

[ ]  Habilitation familiale assistance

[ ]  Tutelle

[ ]  Habilitation familiale représentation

**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

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 :**

**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 [ ]  Évoluera de façon non prévisible

**CONCLUSION : AVIS ARGUMENTÉ SUR LA NÉCESSITÉ D’AGGRAVER LA MESURE DE PROTECTION OU/ET DE LA RENOUVELER POUR UNE DURÉE SUPERIEURE A CINQ ANS**

***Rappel :***

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

***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 une :**

[ ]  **Curatelle simple**

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

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

[ ]  **Tutelle pour :** [ ]  **sa personne** [ ]  **ses biens** [ ]  **les deux**

[ ]  **Habilitation familiale représentation pour :** [ ]  **sa personne** [ ]  **ses biens** [ ]  **les deux**

**La mesure de protection peut-elle excéder une durée de cinq ans ?** [ ]  Oui [ ]  Non

**Le majeur à protéger adhère-t’il à la mise en place de la mesure de protection envisagée ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

**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 personne actuellement chargée de l’exercice de la mesure de protection peut-elle être maintenue dans ses fonctions ?** [ ]  Oui [ ]  Non

Si non :

* Précisez pourquoi :
* La mesure peut-elle être exercée par un membre de la famille ou un proche ?[ ]  Oui [ ]  Non

Précisez :

**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*, *qu’il convient de préciser expressément),* 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 :**

**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 :

Fait le       **Signature et cachet**