

Modèle Standard de rapport médical circonstancié

(à utiliser uniquement dans le cadre de l'application de la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique)

Le / La soussigné(e) , médecin,
déclare avoir examiné le /..... /.....

Le / La dénommé(e)

Né(e) à le /..... /.....

Domicilié(e) à

Résidant à

et avoir constaté ce qui suit :

1. Circonstance de l'examen psychiatrique

(modalité d'arrivée et circonstance de l'examen, à la requête de, attitude du patient atteint d'un trouble psychiatrique...)

2. État physique du patient atteint d'un trouble psychiatrique

(État général, intoxication, etc.)

3. Situation familiale et contexte social

4. Trouble psychiatrique

(Examen psychiatrique et hypothèse diagnostique)

5. Refus de soins adaptés et absence d'alternative

(Soins proposés, tentatives récentes, etc.)

6. Dangerosité

(Spécifiez en quoi le patient atteint d'un trouble psychiatrique met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou constitue une menace pour la vie ou l'intégrité d'autrui)

7. Degré d'urgence

(Spécifiez)

En conclusion, compte tenu des informations précitées, voici mon avis :

Une mesure de protection, conformément à la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique

-DEVRAIT être prise - NE DOIT PAS être prise (biffez la mention inutile)

-D'URGENCE - SANS MOTIF D'URGENCE (biffez la mention inutile)

Cet avis

-EST COMMUNIQUÉ - N'EST PAS COMMUNIQUÉ au patient atteint d'un trouble psychiatrique (biffez la mention inutile)

Si une mesure de protection est décidée, le patient atteint d'un trouble psychiatrique souhaite :

Le / La soussigné(e) certifie qu'il / elle n'est ni parent(e), ni allié(e) du patient atteint d'un trouble psychiatrique ou du requérant.

Fait à, le/...../.....

J'affirme sur l'honneur que le présent rapport est sincère et complet.

Signature et cachet

Place disponible dans :