**Rapport médical circonstancié dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique**

Le (la) soussigné(e) (nom/prénom) :

médecin, disposant du numéro INAMI :

certifie avoir examiné le / / la personne suivante :

* Nom/prénom :

# Né(e) le / /

* Domicilié(e) à:
* Résidant à :
* Se trouvant actuellement à :

Le (la) soussigné(e) décrit les éléments suivants :

* les circonstances de l'examen psychiatrique (modalités d'arrivée et circonstances de l'examen, attitude de la personne examinée) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* l'état physique de la personne examinée (état général, intoxication, etc.) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* la situation familiale et le contexte social de la personne examinée :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* le trouble psychiatrique (examen psychiatrique et hypothèse diagnostique) de la personne examinée :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* le refus de soins adaptés et, en l'absence d'urgence, le défaut de toute autre alternative de traitement (soins proposés, tentatives récentes, etc.) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* en quoi la personne examinée met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* le degré d'urgence :

...........................................................................................................................

...........................................................................................................................

...........................................................................................................................

Conformément à la loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique, le/la soussigné(e) déclare qu'au vu des éléments susmentionnés :

* une mesure de protection devrait être prise - ne devrait pas être prise (biffez la mention inutile). Le cas échéant, précisez si une mesure d'observation protectrice ou un traitement volontaire sous conditions est recommandé et si possible à quelles conditions :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* une évaluation clinique devrait être prise d'urgence - ne devrait pas être prise (biffez la mention inutile).

A titre informatif, si une mesure de protection ou une évaluation clinique est décidée\* :

* le/la soussigné(e) signale que la personne examinée a déclaré souhaiter (ex. préférence pour une institution ou institution à éviter au vu de précédents problèmes) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* le/la soussigné(e) signale qu'une place est disponible dans l'institution suivante :

…………………………………………………………………………………………………………………………

Le (la) soussigné(e) certifie qu’il/elle n'est ni le médecin requérant ni un médecin parent ou allié jusqu'au quatrième degré du requérant ou de la personne examinée.

Fait à , le 

Le (la) soussigné(e) affirme sur l'honneur que le présent rapport est sincère et complet.

Signature et cachet du médecin

*\*facultatif*