

CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ

POUR LE RENOUELEMENT D'UNE MESURE DE PROTECTION

Je soussigné(e), Docteur

- Inscrit sur la liste du procureur de la République de
- Non inscrit sur la liste du procureur de la République

(NB : En cas d'examen par un médecin non inscrit sur la liste du procureur de la République, la durée du renouvellement de la mesure de protection ne pourra pas être supérieure à 5 ans).

atteste avoir examiné le/...../.....

Madame / Monsieur (Nom Prénom) :

Né(e) le/...../..... à :

Demeurant :

Faisant l'objet d'une mesure de :

- tutelle
- curatelle renforcée
- curatelle simple
- sauvegarde de justice
- Habilitation familiale

Examen réalisé :

- au domicile de l'intéressé
- au cabinet du médecin
- en établissement (précisez)
- en présence de (précisez le cas échéant).....

A la demande :

- l'intéressé(e)
- du curateur / tuteur en titre
- du procureur de la République
- d'un proche (précisez)
- autre (précisez)

Avez-vous procédé à des investigations autres que l'examen médical ?

- Non
- Oui (précisez : échanges avec des membres de la famille - des proches - le médecin traitant - consultation du dossier médical etc.) :

La personne examinée peut-elle :

- | | | | |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| - Comprendre ses interlocuteurs ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Exprimer sa volonté ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Lire ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Écrire ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Compter ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Se repérer dans le temps ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Se repérer dans l'espace ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Se déplacer seule ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| - Gérer seule son argent et ses affaires ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |

Précisions éventuelles :

La personne examinée est-elle, en raison de l'altération de ses facultés, dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts ?

- Patrimoniaux
- Personnels (choix du lieu de vie, droit à l'image, décisions en matière de santé etc.)

La personne examinée est-elle en mesure de rester ou de retourner vivre à son domicile ?

(NB : ces précisions sont importantes en cas de vente/location du domicile, ou de fixation du lieu de vie de l'intéressé.)

- Non (précisez) :
- Oui (précisions et conditions éventuelles) :
-
-
-
-

AVIS SUR LA MESURE DE PROTECTION

La mesure doit-elle faire l'objet d'un renouvellement ? :

- Non (*la personne n'a plus besoin de mesure de protection*)
- Oui

Si oui, la mesure doit-elle être renouvelée à l'identique ? :

- Non
- Oui

