**RAPPORT MEDICAL CIRCONSTANCIE - Art. 5§2 de la loi du 26 juin 1990**

Le soussigné , Docteur ………………………………………………………………………………………………………………………..

demeurant à ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

déclare avoir examiné le……..………………………………………………………………………………………………………………

**Le nommé**……………………………………………………………………………………………………………………………………………

\* Lieu et date de naissance :……………………………………………………………….……………………………………………….

\* domicilié ou résidant à : …………………………………………………………………………………………………………………..

se trouvant actuellement :………………………………………………………………………………………………………………….

Le soussigné constate :

\*\* qu’il résulte de cet examen que cette personne met gravement en péril sa santé et sa sécurité compte tenu des symptômes médicaux suivants : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

\*\* qu’il résulte de cet examen que cette personne constitue une menace grave pour la vie ou l’intégrité d’autrui compte tenu des symptômes médicaux suivants : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

desquels le soussigné conclut à l’existence d’une maladie mentale.

Le soussigné déclare qu’à défaut de tout autre traitement approprié à l’égard de la personne examinée, compte tenu ……………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

des mesures de protection doivent être prises conformément à la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux. \* Ces mesures doivent être prises d’urgence pour les raisons suivantes : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Lieu et date : Signature :

\* Facultatif - \*\* Compléter les 2 ou un des 2 alinéas

NB : article 5§2 dernier aliéna : « Ce rapport ne peut être établi par un médecin parent ou allié du malade ou du requérant, ou attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouve