Loi du 26.06.1990

art. 5 & 23 -

 relative à la protection de la

personne des malades mentaux.

M . le Procureur du Roi

auprès du Tribunal de Ière Instance

Palais de Justice

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

Madame/onsieur le Procureur du Roi,

Je soussigné(e)

|  |
| --- |
| Nom: |
| Prénom: |
| Registre numéro national :  |
| Profession |
| Domicile /Résidence: |

Tél : ........................................... G.S.M. : ...........................................

**Partie requérante**

est ......................................................... (degré de parenté ou nature de la relation) avec la

**personne à protéger** , à savoir :

|  |
| --- |
| Nom: |
| Prénom(s): |
| Registre numéro national :  |
| Domicile  |
| Est actuellement en résidence à (adresse complète) :...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |

Cette personne souffre actuellement de problèmes mentaux ainsi qu'il résulte du rapport médical circonstancié , en vertu de la Loi du 26.06.1990 ,

établi par le Docteur .................................................... , de ..............................................

en date du ...................................

Son état est particulièrement dangereux pour elle-même et/ou pour son entourage , nécessitant une mesure de protection d'urgence.

Les MOTIFS de dépôt de ma requête sont les suivants:

* met gravement en péril sa santé et sa sécurité : .........................................................................

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

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

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

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

* constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui: ...................................................

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

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

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

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

C'est pourquoi , je vous prie , Madame/onsieur le Procureur du Roi, de bien vouloir ordonner la **mise en observation d'urgence** de la personne mentionnée ci-avant précitée (art. 9 - Loi du 26/06/90)

Joindre : - rapport médical circonstancié -

(\*) biffer les mentions inutiles

(O) cocher ce qui convient

Date ....................................................................

Signature de la partie requérante

**Autres renseignements utiles :**

La partie requérante porte à la connaissance du juge de paix l’identité des personnes suivantes :

* du père :

|  |
| --- |
| Nom : Mr - Mme |
| Prénom : |
| N.N.:  |
| Domicile ou résidence |
| Code postal – Localité  |

* de la mère :

|  |
| --- |
| Nom : Mr - Mme |
| Prénom : |
| N.N.:  |
| Domicile ou résidence |
| Code postal – Localité  |

* de conjoint/cohabitant légal/de la personne avec laquelle le malade forme un ménage de fait

|  |
| --- |
| Nom : Mr - Mme |
| Prénom : |
| N.N.:  |
| Domicile ou résidence |
| Code postal – Localité  |

* de tiers :

|  |
| --- |
| Nom : Mr - Mme |
| Prénom : |
| N.N.:  |
| Domicile ou résidence |
| Code postal – Localité  |

|  |
| --- |
| Nom : Mr - Mme |
| Prénom : |
| N.N.:  |
| Domicile ou résidence |
| Code postal – Localité  |

**RAPPORT MEDICAL CIRCONSTANCIE**

*- article 5 § 2 de la loi du 26 juin 1990 -*

Le soussigné (ou cachet) ......................................................................................................................

docteur en médecine, demeurant à .......................................................................................................

certifie avoir **examiné** le ..................................... le/la nommé(e).....................................................

né(e) à ......................................... le .......................................,

domicilié(e) ou résidant à ...............................................................................................................

et se trouvant actuellement à ...............................................................................................................

**Le(a) soussigné(e) 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(a) soussigné(e) 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 de la personne des malades mentaux.

\* Ces mesures doivent être prises d'urgence pour les raisons suivantes :

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

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

Lieu et date .................................... signature ........................................

(\*) facultatif (\*\*) compléter les deux ou un des deux alinéas.

N.B. Ce certificat 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 (Art. 5 §2 dernier al.)