

RAPPORT MEDICAL CIRCONSTANCIE
Article 5 § 2 de la loi du 26 juin 1990

Le soussigné
Docteur en médecine, demeurant à

Déclare avoir examiné le

Le/la nommé(e) :

Lieu et date de naissance :

Domicilié(e) à :

Résidant actuellement à :

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 de la personne des malades mentaux.

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

Fait à _____, le _____

Signature

(*) compléter les deux ou un des alinéas.

N.B. 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.