**RAPPORT MEDICAL CIRCONSTANCIE**

**(Article 5 §2 LOI DU 26 JUIN 1990)**

**Le soussigné ........................................................**

**Docteur en médecine, demeurant à .............................................n° INAMI.............**

**certifie avoir examiné le ...........................................**

**le/la nommé(e) ......................................................**

**lieu et date de naissance ...........................................**

**résidant à ..........................................................**

**domicilié(e)à .......................................................**

**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 et l'intégrité d'autrui compte tenu des symptômes médicaux suivants : .....................................................**

**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**desquels le(a) soussigné(e) 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 : ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**Je déclare n’être ni 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 al.2 loi du 26 juin 1990)**

**Lieu, date et signature :**

**\* Facultatif**

**\*\* Compléter les deux ou un des deux alinéas**