**JUSTICE DE PAIX**

**du canton de**

**…………………………..**

***RAPPORT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ***

***Art. 5 § 2 de la loi du 26 juin 1990***

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

demeurant à ...........................................................................................................................................

déclare avoir examiné le ........................................................................ :

Monsieur – Madame – Mademoiselle ...................................................................................................

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

\* Domicilé(e) ou résidant à : .................................................................................................................

1. ***Circonstances de l'examen mental détaillé***
2. ***Etat physique à l'examen***
3. ***Antécedents personnels et familiaux***
4. ***Maladie mentale***
5. ***Dangerosité***
6. ***Refus de soins***
7. ***Défaut d'alternative***
8. ***Urgence***
9. ***Conclusion***

Le (la) soussigné(e) certifie qu'il (elle) n'est ni parent(e), ni allié(e) du malade ou du requérant, ni attaché(e) à un titre quelconque à un service autre que celui du service où le malade se trouve*.*

Lieu et date : Signature :