Reg. Req. N° **Visé pour dépôt au greffe**

Exempt de droit de greffe **le à heures**

art.279-1, 1° & art. 162, 18° C.D.E.H.G. **Le Greffier**

REQUETE

Procédure relative à la protection de personne atteinte d'un trouble psychiatrique

art. 5 - 23 de la Loi du 26 juin 1990

A Madame le Juge de Paix du Canton d' Ath

A l'honneur de vous exposer avec respect

Nom :_____ Sexe: F / M

Prénom(s) :_____

Registre National : _____ Profession : _____

Domicile :_____

Code postal : _____ à _____

Téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Degré de parenté ou nature des relations avec la personne atteinte d'un trouble psychiatrique :

_____

Ci-après dénommée partie *requérante*,

Que la partie requérante requiert (***biffer les mentions inutiles***) :

- Une mesure d'observation conformément à l'article 5 de la loi du 26 juin 1990.
- Un traitement volontaire sous conditions conformément à l'article 5 de la loi du 26 juin 1990.
- Des soins dans une famille ou en institution conformément à l'article 23 de la loi du 26 juin 1990.

Ci-après dénommée personne atteinte d'un trouble psychiatrique,

Nom :_____ Sexe: F / M

Prénom(s) :_____

Registre National : _____ Lieu et date de naissance : _____

Domicile :_____

Code postal : _____ à _____

Résidence : _____

Code postal : _____ à _____

Se trouvant actuellement à _____

Téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Ayant pour représentant légal ou administrateur de biens et/ou de la personne :

_____

La partie requérante produit, à l'appui de sa demande, un rapport médical circonstancié ci-annexé dressé par le Docteur …… daté du …… /…… /…… qui ne peut être établi par un médecin requérant, parent ou allié jusqu'au quatrième degré du requérant ou de la personne atteinte d'un trouble psychiatrique.

Ce rapport médical confirme que la personne malade :

- est atteinte d'un trouble psychiatrique.
- met gravement en péril sa santé et sa sécurité.
- constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.
- n'a pas d'autre traitement approprié.

Il y a lieu de faire droit à cette demande.

PAR CES MOTIFS,

Plaise au Juge de Paix,

De dire la demande recevable et fondée ;

De requérir (***biffer les mentions inutiles***) :

- une mesure d'observation protectrice.
- un traitement volontaire sous conditions.
- des soins dans une famille ou en institution.

Nom de l'institution souhaitée : _____

Lieu & date Signature

ANNEXE : - Rapport médical circonstancié.

- Plan de traitement volontaire sous conditions.

A régler avec le dépôt de la requête la contribution au fonds de l'aide juridique de seconde ligne de **26 €** sur le compte de la Justice de paix du canton d'Ath **BE59 6792 0088 9626 (GEBABEBB)** – communication : **Protection PATP + Nom de la personne à protéger**

Modèle de rapport médical circonstancié dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique

Le (la) soussigné(e) (nom/prénom) :

médecin, disposant du numéro INAMI :

certifie avoir examiné le / / la personne suivante :

- Nom/prénom :
- Né(e) le / /
- Domicilié(e) à :
- Résidant(e) à :
- Se trouvant actuellement à :

Le (la) soussigné(e) décrit les éléments suivants :

- les circonstances de l'examen psychiatrique (modalités d'arrivée et circonstances de l'examen, attitude de la personne examinée) :
  ……
  ……
  ……

- l'état physique de la personne examinée (état général, intoxication, etc.) :
  ……
  ……
  ……

- la situation familiale et le contexte social de la personne examinée :
  ……
  ……
  ……

- le trouble psychiatrique (examen psychiatrique et hypothèse diagnostique) de la personne examinée :
  ……
  ……
  ……

- le refus de soins adapté et, en l'absence d'urgence, le défaut de toute autre alternative de traitement (soins proposés, tentatives récentes, etc.) :
  ……
  ……
  ……

- en quoi la personne examinée met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui :
  ……
  ……
  ……

- le degré d'urgence :
  ……
  ……
  ……

Conformément à la loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique, le/la soussigné(e) déclare, qu'au vu des éléments susmentionnés :

- une mesure de protection devrait être prise – ne devrait pas être prise (biffez la mention inutile).
  Le cas échéant, précisez si une mesure d'observation protectrice ou un traitement volontaire sous conditions est recommandé et si possible à quelles conditions :
  ……
  ……

- une évaluation clinique devrait être prise d'urgence – ne devrait pas être prise (biffez la mention inutile).

A titre informatif, si une mesure de protection ou une évaluation clinique est décidée* :

- le/la sousigné(e) signale que la personne examinée a déclaré souhaiter (ex. préférence pour une institution ou institution à éviter au vu de précédents problèmes) :
  ……
  ……

- le/la sousigné(e) signale qu'une place est disponible dans l'institution suivante :
  ……

Le (la) soussigné(e) certifie qu'il/elle n'est ni le médecin requérant(e) ni un médecin parent(e) ou allié jusqu'au quatrième degré du requérant ou de la personne examinée.

Fait à , le / /

Le (la) soussigné(e) affirme sur l'honneur que le présent rapport est sincère et complet.

Signature et cachet du médecin

** facultatif*

Modèle de plan de traitement dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique

Les soussignés :

- Madame/Monsieur (nom, prénom) :
Né(e) le / /
Ci-après dénommé(e) le patient

Le cas échéant, le représentant légal du patient en vertu de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient :

- Madame/Monsieur (nom, prénom) :
Né(e) le / / à
Ci-après dénommé(e) le représentant légal du patient

- Madame/Monsieur (nom, prénom) :
médecin, disposant du n° INAMI :
Ci-après dénommé(e) le médecin responsable de l'exécution du traitement

concluent le présent plan de traitement volontaire sous conditions.

1. Lieu de traitement

Adresse du lieu de traitement du patient :

Le cas échéant, coordonnées du responsable de la résidence/institution désignée comme lieu de traitement :

2. Identification du réseau de personnes liées à ce plan de traitement (y compris le patient et les proches)

Nom et prénom	Qualité/ fonction	Adresse	Téléphone/mail	Présence auprès du patient

3. Circonstances amenant à la prise en charge du patient, y compris une description de la situation problématique

……
……
……

4. Brève description attestant que la concertation a donné lieu à un consentement et qui indique sur quelle base le médecin responsable de l'exécution du traitement peut raisonnablement penser que la personne atteinte d'un trouble psychiatrique respectera le traitement volontaire sous conditions qu'il a proposé

……
……
……

5. Conditions posées et engagements

5.1. De la part du patient
……
……
……

5.2. De la part du représentant légal du patient
……
……
……

5.3. De la part du médecin responsable de l'exécution du traitement
……
……
……

5.4. De la part de tiers (préciser l'identité et la qualité du tiers)
……
……
……

6. Synthèse de la prise en charge envisagée et suivi de celle-ci, en ce compris une description des moyens thérapeutiques qui seront appliqués afin d'écarter le plus possible le danger visé à l'article 2 de la loi du 26 juin 1990 susmentionnée
……
……
……

Fait à , le / /

Signature du patient :

Signature du médecin responsable de l'exécution du traitement :

Signature du représentant légal du patient :

Signature de tiers :