

## ANNEXE

### à l'arrêté royal du 31 août 2014 déterminant la forme et le contenu du formulaire type de certificat médical circonstancié pris en exécution de l'article 1241, alinéas 2 et 3, du Code judiciaire

#### Certificat médical circonstancié à annexer à une requête

(article 1241 du Code judiciaire)

Ce certificat médical circonstancié est à compléter par le médecin sur la base des données médicales actualisées telles que le dossier du patient visé à l'article 9 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, ou un examen récent de la personne.

#### En vue de la protection judiciaire d'une personne

- **quant à sa personne** (article 492/1, §1<sup>er</sup> du Code civil)<sup>1</sup>
- **quant à ses biens** (article 492/1, §2 du Code civil)<sup>1</sup>
- **quant à sa personne et quant à ses biens**<sup>1</sup>

Remarque: **Toutes** les mentions de ce formulaire doivent être complétées

Nom..... Prénom.....  
Médecin (Numéro INAMI .....)  
Rue..... N°.....  
Ville..... C.P.....

#### **Agissant à la requête de:**

M/Mme : Nom..... Prénom.....  
Résidant :  
Rue..... N°.....  
Ville..... C.P.....

- Je déclare avoir examiné le \_\_/\_\_/2\_\_ \_\_\_\_, pour établir le certificat médical circonstancié,  
 Je déclare établir le certificat médical circonstancié sur la base des données médicales actualisées provenant du dossier du patient que j'ai consulté le \_\_/\_\_/2\_\_ \_\_\_\_, après avoir obtenu à cet effet le consentement éclairé de M/Mme ou, le cas échéant, de son représentant  
 Je déclare établir le certificat médical circonstancié sur la base des données médicales actualisées provenant du dossier du patient que j'ai consulté le \_\_/\_\_/2\_\_ \_\_\_\_, sans avoir obtenu à cet effet le consentement éclairé de

M/Mme : Nom..... Prénom.....  
Date de Naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Résidant:  
Rue..... N°.....  
Ville..... C.P.....

#### **et avoir constaté que son état de santé peut être décrit comme suit:**

*(description circonstanciée de l'état de santé et de son incidence sur la bonne gestion de ses intérêts, qu'il soient de nature patrimoniale ou autre)*

<sup>1</sup> Biffer les options non retenues

.....  
.....

.....  
*(au besoin, compléter cette description sur une feuille annexe, et joindre tous documents utiles pour le juge)*

- Selon mes constatations, cet état de santé doit être considéré comme figurant dans la liste des états de santé réputés altérer gravement et de façon persistante la faculté de la personne à protéger d'assumer dûment la gestion de ses intérêts patrimoniaux, même en recourant à l'assistance, établie conformément à l'article 492/5, alinéa 1<sup>er</sup> du Code civil.

Commentaire à ce propos :

.....  
.....

- Selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé adoptée le 22 mai 2001 par la cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé (AMS), cet état de santé peut avoir les conséquences suivantes :

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

- Cet état de santé implique normalement des soins qui peuvent être décrits comme suit :

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

- Mon avis est que cette personne peut/ne peut<sup>2</sup> pas se déplacer;
- Un déplacement, compte tenu de son état, est/n'est pas<sup>2</sup> indiqué.
- Cette personne est/n'est pas<sup>2</sup> à même de prendre connaissance du compte rendu de la gestion de ses biens si un administrateur lui est désigné.

Je déclare n'être ni parent ni allié du requérant ou de la personne à protéger, ni être attaché à un titre quelconque à l'établissement dans lequel la personne à protéger se trouve.

....., le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature et cachet du médecin,

---

<sup>2</sup> Biffer la mention inutile