Nom et prénom du patient :
Date de naissance :
Cabinet :

QUESTIONNAIRE AUX FINS DE MODIFICATION D'UNE MESURE DE PROTECTION JUDICIAIRE

(allégement ou mainlevée)

(A renseigner par le médecin traitant du majeur protégé, impérativement dans toutes ses rubriques)

1/ Décrire l'altération des facultés mentales et/ou corporelles de la personne examinée :

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

2/ Donner un avis sur les capacités de la personne :

✓ doit-elle être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile, car hors d'état d'agir elle-même ? (mesure de tutelle)

Oui ☐ **Non** ☐

✓ a-t-elle, sans être hors d'état d'agir elle-même, besoin d'être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile ? (mesure de curatelle)

Oui ☐ **Non** ☐

3/ La mesure en cours apparaît-elle adaptée aux altérations constatées ?

Oui ☐ **Non** ☐

4/ L'état de la personne est-il susceptible d'une amélioration selon les données acquises de la science ?

Oui ☐ **Non** ☐

NB

Dans la négative, seul un certificat d'un médecin spécialiste (liste en pièce jointe) pourra permettre un renouvellement de la mesure pour une durée supérieure à 5 ans.

5/ Compte tenu des altérations constatées, y a-t-il une contre-indication à ce que la mesure soit exercée par un membre de la famille ou un proche ?

Oui ☐ **Non** ☐

6/ La personne est-elle capable d'exercer son droit de vote ?

Oui ☐ **Non** ☐

7/ La personne est-elle en état d'exprimer sa volonté ?

Oui ☐ **Non** ☐

8/ Son audition par le juge des tutelles est-elle de nature à porter atteinte à sa santé ?

Oui ☐ **Non** ☐

9/ Pourquoi ?

10/ L'audition peut-elle avoir lieu au siège du tribunal ?

Oui ☐ **Non** ☐

11/ Si non, pourquoi ? :

.....

12/ Observations particulières à formuler :

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

NB . : Si le majeur est sous tutelle, qu'il est hors d'état d'exprimer sa volonté / ou que son audition est de nature à porter atteinte à sa santé / et que son état de santé ne lui permet pas de venir au tribunal, un certificat d'un médecin spécialiste (liste jointe) est indispensable.

Fait à
Le

Nom et signature du médecin traitant

N.B. : Merci de bien vouloir rappeler les références du dossier (n° RG, nom de la personne protégée et n° du Cabinet) dans chacune de vos correspondances, afin que votre courrier soit traité dans les meilleurs délais.