AVIS MÉDICAL EN VUE DE LA RÉVISION D'UNE MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

COORDONNÉES DE LA PERSONNE MAJEURE PROTÉGÉE

Nom & Prénom (*nom de jeune fille à préciser*) : é é é é é é é é é é é é é é é é é é é ..
é ...

Adresse : é
é ..

Régime de protection actuel : é ...

ALTÉRATION DES FACULTÉS

Votre patient présente-t-il toujours une altération de ses facultés mentales et / ou corporelles (empêchant, dans ce second cas, l'expression de sa volonté) **?**

Oui Non

Précisez :
é é
é é
é é
é é
é é

Cette altération nécessite-t-elle ?

Une assistance (curatelle) Une représentation (tutelle)

Précisez :
é é
é é
é é

Avez-vous constaté une aggravation ou une amélioration de l'état de santé de votre patient de nature à aggraver, alléger, ou mettre un terme à sa mesure de protection ?

Oui Non

Précisez :
é é
é é
é é

En cas d'altération importante des facultés de la personne protégée, cette altération est-elle susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises de la science?

<u>Oui</u> <u>Non</u>

EXPRESSION DE LA VOLONTÉ

La personne protégée est-elle en état d'exprimer sa volonté pour la protection de <u>ses biens</u> ?

<u>Oui</u> <u>Non</u>

é é
é é
é é

La personne protégée est-elle en état d'exprimer sa volonté pour la protection de <u>sa personne</u> ?

<u>Oui</u> <u>Non</u>

é é
é é
é é

AUDITION PAR LE JUGE DES TUTELLES

L'audition de la personne protégée par le juge des tutelles est-elle de nature à porter atteinte à sa santé ?

<u>Oui</u> <u>Non</u>

L'audition de la personne protégée est-elle possible au tribunal ?

<u>Oui</u> <u>Non</u>

Fait à é é é é é é é é é é é é é é é é é . Le é é é é é é é é é é é é é é é é

Signature et cachet du médecin traitant