

---

**RECOURS CONTRE  
MESURE DE CONTRAINTE**

**en application de l'article 51 al. 2 de la loi sur la santé (K 1 03)**

Coller ici l'étiquette  
d'identification du/de la patient/e

Je soussigné(e),

(NOM et Prénom).....

- patient  
 personne habilitée à  
représenter le patient

demande l'interdiction<sup>1</sup> ou la levée de la mesure de contrainte introduite le .....

(lieu) ....., le .....

Signature .....

<sup>1</sup> BARRER LA MENTION INUTILE

---

**Extraits de lois**

Loi K 1 03, art. 51, al. 2 « Le patient ou la personne habilitée à le représenter peut s'adresser au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant pour demander l'interdiction ou la levée de la mesure de contrainte ».

**Document à faxer au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant,  
fax N° 022 546 97 42**