



Hôpital :

**Certificat médical circonstancié de proposition de modification de la forme de prise en charge
en hospitalisation complète (à tout moment)
(article L. 3211-11 alinéa 2 du Code de la santé publique)**

Patient (nom, prénom) :
Date de naissance :
Délégation territoriale :
Date de début de la prise en charge initiale :
Entrée N° :
Forme actuelle de la prise en charge : programme de soins

Régime d'admission en soins psychiatriques sans consentement :
 à la demande d'un tiers
 en cas de péril imminent
 à la demande d'un tiers en urgence
 sur décision du représentant de l'Etat

Le à h.....

Je soussigné(e)..... Psychiatre ayant participé à la prise en charge du patient,

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle

Et constaté que pour les motifs médicaux suivants (certificat médical circonstancié constatant que la prise en charge de la personne ne permet plus, notamment du fait de son comportement, de dispenser les soins nécessaires à son état) :

Son état de santé impose de mettre fin au programme de soins établi le et de poursuivre les soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète.

Le patient a été informé, de manière adaptée à son état, ledu projet de maintien des soins psychiatriques sous la forme définie par le présent certificat et a été mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à cet état.

Signature