



Hôpital :

**Certificat médical circonstancié de proposition de modification de la forme de prise en charge  
par un programme de soins (à tout moment)  
(article L. 3211-11 alinéa 1 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° :

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

Forme actuelle de la prise en charge :  hospitalisation complète

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 tenant compte de l'évolution de l'état de la personne) :

---

---

---

---

---

---

---

---

Son état permet la poursuite des soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une prise en charge définie par un programme de soins établi conjointement au présent certificat.

Le patient a été informé, de manière adaptée à son état, le .....du 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