



Hôpital :

**Programme de soins psychiatriques
(articles L. 3211-2-1 et R.3211-1 du Code de la santé publique)**

Patient(e) :
Né(e) le :
Domicilié(e) :
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 prise en charge :

- période d'observation de 72h
- hospitalisation complète

Je, soussigné psychiatre de
l'établissement d'accueil, demande à ce que les soins psychiatrique de
M, Mme, Mlle.....
se poursuivent selon les modalités définies par le programme de soins suivant (*préciser les lieux de prise en
charge*) :

- Une hospitalisation à temps partiel

Sous la forme suivante :.....
.....

- Une hospitalisation de courte durée à temps complet

- Une hospitalisation à domicile

- Des soins ambulatoires

- Des soins à domicile

Fréquence des consultations ou visites :

.....

- L'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques :

- oui
- non

Durée, si prévisible, du programme de soins :

.....

le patient a été informé, de manière adaptée à son état, le.....du projet programme de soins sous la
forme définie par le présent document et a été mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté
et de manière appropriée à cet état. Il lui a été indiqué qu'il peut être modifié à tout moment pour tenir compte de
l'évolution de son état de santé et qu'une hospitalisation complète peut être proposée notamment en cas d'une
inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé.

Leà h.....

Signature