

Hôpital :

**Programme de soins psychiatriques modificatif  
(articles L. 3211-2-1 et R.3211-1)**

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

Je, soussigné \_\_\_\_\_ psychiatre de l'établissement d'accueil,  
demande à ce que le programme de soins psychiatrique de  
M, Mme, Mlle, \_\_\_\_\_  
élaboré le \_\_\_\_\_ soit modifié, afin d'être adapté à son état de santé selon les modalités  
suivantes (*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 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.

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Signature