

Site hospitalier :  
Adresse :  
Tél :  
Fax :  
Références :

**OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES DU DIRECTEUR DE  
L'ETABLISSEMENT AU PREMIER PRESIDENT DE LA COUR D'APPEL**

**IDENTITE DU PATIENT FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT**

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

PROFESSION :

**I. HISTORIQUE DE L'HOSPITALISATION COMPLETE**

Admis(e) en soins psychiatriques :

- à la demande d'un tiers
- en cas de péril imminent

Ce patient est sous le régime de l'hospitalisation complète depuis le

VU l'ordonnance du JLD du TGI de .....prononçant la mainlevée de l'hospitalisation complète,

VU l'appel formé par mes soins en date du.....

Ou

VU l'appel du Procureur de la république du TGI de.....et sa requête demandant un effet suspensif en date du.....

**II. OBSERVATIONS DE LA DIRECTION (résumé des éléments de nature non médicale – comportement, risques, incidents – complétant l'avis médical prévu par le modèle 28) :**

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Signature du directeur de l'établissement  
d'accueil ou son représentant