

Hôpital :

**Avis médical établi après le 5^{ème} et au plus tard le 8^{ème} jour en cas d'impossibilité d'examiner le patient
(articles L. 3212-7 et L. 3213-3 du Code de la santé publique)**

Délégation territoriale :

Date et heure de début de la prise en charge initiale :

Le cas échéant, date de modification de la forme de la prise en charge* :

Mode d'entrée :

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 : ☐ hospitalisation complète

☐ programme de soins

Je soussigné.....psychiatre de l'établissement d'accueil

- Constate l'impossibilité d'examiner le patient :

M/Mme/Melle

Né(e) le :

Domicilié(e) :

- et établis l'avis médical suivant, au vu du dossier médical :

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

A.....le

Signature

* ex. : réintégration d'un patient en hospitalisation complète à la suite de l'échec de son programme de soins