



Hôpital :

Avis motivé
(article L3211-2-2 Code de la santé publique)

Délégation territoriale :
Date et heure de début 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

Je soussigné(e)..... Psychiatre de l'établissement d'accueil

- Vu le certificat médical établi dans les 24 heures suivant l'admission par le Dr en date du
- Vu le certificat médical établi dans les 72 heures suivant l'admission par le Dr en date du
concluant tous les deux à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sous contrainte :

A l'égard de :

M., Mme, Mlle

Né(e) le à

Demeurant

propose la forme de la prise en charge suivante : (à préciser : hospitalisation complète /soins ambulatoires/
programme de soins)* :

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

Le à h.....

Signature

* résumer les motifs