



Hôpital :

**Certificat médical de proposition de modification de la forme de prise en charge
(article L. 3211-11 du Code de la santé publique)**

Patient (nom, prénom) :

Date de naissance :

Délégation territoriale :

Date de début de la prise en charge initiale :

Entrée N° :

Forme actuelle de la prise en charge : hospitalisation complète programme de soins

Leà h.....

Je soussigné(e)..... Psychiatre ayant participé à la prise en charge du patient,

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle

Et constaté que pour les motifs médicaux suivants :

Son état de santé impose de mettre fin au programme de soins établi le et de poursuivre les soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète.

Son état permet la poursuite des soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une prise en charge ambulatoire définie par un programme de soins établi conjointement au présent certificat.

Le patient a été informé, de manière adaptée à son état, ledu projet de maintien des soins psychiatriques sous la forme définie par le présent certificat et a été mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à cet état.

Signature