

Hôpital :

**Programme de soins psychiatriques  
(article R.3211-1 du Code de la santé publique)**

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  
 sur décision du représentant de l'Etat

Forme actuelle de prise en charge :  
 période d'observation de 72h  
 hospitalisation complète

Je, soussigné ..... psychiatre,  
demande à ce que les soins psychiatrique de M, Mme, Mlle.....  
se poursuivent selon les modalités définies par le programme de soins suivant (*préciser les lieux de prise en charge*) :

Une hospitalisation à temps partiel  
Sous la forme suivante :.....  
.....

Des soins ambulatoires  
 Des soins à domicile  
Fréquence des consultations ou 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