



Hôpital :

Programme de soins psychiatriques modificatif (article R.3211-1)

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

Je, soussigné ..... psychiatre,
demande à ce que le programme de soins psychiatrique de M, Mme, Mlle,
élaboré le .....soit modifié, afin d'être adapté à son état de santé selon les modalités
suivantes (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 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