

**Avis médical de proposition de modification de la forme de prise en charge
en hospitalisation complète
(article L. 3211-11 alinéa 2 CSP)**

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 la prise en charge :

- programme de soins

Le à

Je soussigné(e) Psychiatre qui participe à la prise en charge du patient,

- certifie être dans l'impossibilité de procéder à l'examen médical de :

M/Mme

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Pour le motif suivant :

- constate, sur la base du dossier médical du patient, que la prise en charge du /de la patient(e) ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état, pour les motifs 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.

Le patient a été informé, de manière adaptée à son état, le

du 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