

Hôpital :

**Certificat de transfert du patient pour soins somatiques
hors de l'établissement d'accueil**

Délégation territoriale :

Date et heure de début de la prise en charge :

Motif d'entrée :

Régime d'admission en soins psychiatriques sans consentement :

- à la demande d'un tiers en urgence
 à la demande d'un tiers
 en cas de péril imminent
 sur décision du représentant de l'Etat

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

Le

Je soussigné(e), Dr psychiatre de l'établissement d'accueil

certifie que :

M./Mme

Actuellement hospitalisé à temps complet, nécessite sans délai d'une prise en charge hospitalière pour soins somatiques ne pouvant être prise en charge au sein de l'hôpital

Les soins se dérouleront au sein de :

L'Hôpital

Service de

Où il a été décidé de le transférer.

La durée de ses soins est inconnue.

Il sera procédé à la réhospitalisation de Mr/Mme

au sein de l'hôpital

pour la poursuite de ses soins psychiatriques aussitôt que son état clinique le permettra.

Signature