

**Proposition de modification de la forme de la prise en charge du patient  
(programme de soins)  
Certificat médical circonstancié  
(article L. 3211-11 alinéa 1 CSP)**

Date de début de la prise en charge initiale :

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 :

- hospitalisation complète
- programme de soins (autre forme)

Le  à  h

Je soussigné(e) , psychiatre participant à la prise en charge du patient,

Certifie avoir examiné :

M., Mme  Né(e) le

DEMEURANT

Je constate que pour les motifs médicaux suivants<sup>i</sup> :

L'état du patient justifie la poursuite des soins psychiatriques sans consentement sous la forme du programme de soins établi conjointement au présent certificat.

Le patient a été informé, de manière adaptée à son état, le  que le maintien des soins psychiatriques était envisagé 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 son état.

Signature

<sup>i</sup> Certificat médical circonstancié tenant compte de l'évolution de l'état de la personne