



Hôpital :

Certificat médical mensuel de maintien des soins

Patient (nom, prénom) :
Date de naissance :
Délégation territoriale :
Date de début de la prise en charge initiale :
Le cas échéant, date de la modification de la forme de la prise en charge* :
Entrée N° :
Forme actuelle de la prise en charge : hospitalisation complète programme de soins

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

Leà h.....

Je soussigné(e)..... Psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil
Certifie avoir examiné M., Mme, Mlle.....

Et constaté : (*préciser les caractéristiques de l'évolution des troubles*)

Cet état mental impose la poursuite des soins et nécessite la prolongation de la mesure de soins psychiatriques sans consentement :

La forme actuelle de la prise en charge demeure adaptée et propose la poursuite des soins sans consentement sous cette forme.

Cet état impose de mettre fin au programme de soins établi leet de poursuivre les soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète.

Cet état permet la poursuite des soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une prise en charge ambulatoire définie par un programme de soins établi conjointement au présent certificat.

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

* ex. : réintégration d'un patient en hospitalisation complète à la suite de l'échec de son programme de soins