

Hôpital :

**DECISION MAINTENANT LES SOINS PSYCHIATRIQUES  
SOUS LA FORME D'UNE HOSPITALISATION COMPLETE POUR UN MOIS**

Le directeur de l'hôpital (ou son représentant) M./Mme

**VU** le code de la santé publique et notamment ses articles L. 3211-2-1, L. 3211-2-2, L. 3212-1 et L. 3212-4 ;

**VU** la décision d'admission en soins psychiatriques en date du  de :

M., Mme.

Né(e) le

Adresse

**VU** les certificats médicaux mentionnés à l'article L. 3211-2-2 en date des , établis, après recueil des observations du patient, par les docteurs

**CONSIDERANT** qu'il résulte du contenu des certificats médicaux des docteurs , joints à la présente décision et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux de M./Mme  rendent nécessaire la poursuite de ses soins sous la forme d'une hospitalisation complète (**Les certificats médicaux doivent être joints à la présente décision**) ;

**DECIDE**

**Article 1** – Les soins psychiatriques de M./Mme  se poursuivront sous la forme d'une hospitalisation complète au sein de l'hôpital  pour une durée d'un mois.

**Article 2** – Sous réserve de la levée de la mesure de soins psychiatriques par le préfet ou par le juge des libertés ou de la détention, la présente décision de prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète demeure valable tant qu'une autre forme de prise en charge ne lui est pas substituée par décision du directeur prise sur proposition médicale.

**Article 3** - Le directeur de l'hôpital est chargé de l'exécution de la présente décision qui est notifiée à M./Mme (*Voir pièce jointe*)

**Article 4** – Les voies de recours sont les suivantes :

Concernant LA REGULARITE ET LE BIEN-FONDE DE LA MESURE : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de  (*TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil*)

Fait à

le

Signature du directeur ou son représentant