

**Proposition de modification de la forme de prise en charge
en hospitalisation complète
Certificat médical circonstancié
(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 participant à la prise en charge du patient,

Certifie avoir examiné :

M., Mme

Né(e) le

Demeurant

Et constaté que pour les motifs médicaux 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. Il a été mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à cet état.

Signature