



**SAISINE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION  
PAR LE PREFET  
CONTROLE DE LA NECESSITE DE POURSUIVRE  
L'HOSPITALISATION COMPLETE  
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

- avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de l'admission prononcée
- avant l'expiration d'un délai de 12 jours de la décision par laquelle le préfet a modifié la forme de la prise en charge du patient en procédant à son hospitalisation complète (*articles L. 3211-12-1 / 2° et L. 3212-4 dernier alinéa du Code de la santé publique*)
- avant l'expiration d'un délai de 6 mois (*articles L. 3211-12-1 / 3° et L. 3211-12 du Code de la santé publique*)

Vu les articles L. 3211-12-1 et R. 3211-12\*\* et suivants du Code de la santé publique

**IDENTITE DU PATIENT FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS  
CONSENTEMENT**

NOM :  PRENOM :

ADRESSE

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

PROFESSION :

Attention, le patient ne s'exprime pas en français (interprète en  nécessaire)

**I. HISTORIQUE DE L'HOSPITALISATION COMPLETE**

**Le patient a été admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, le**

Ce patient est placé sous le régime de l'hospitalisation complète depuis le

Observations sur d'éventuels soins ambulatoires précédant l'hospitalisation complète :

## II. INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT HOSPITALISE

### 1) Information sur les droits du patient

Le patient(e) :

- a bien été informé de ses droits (cf. notification des droits jointe)
- est actuellement hors d'état de recevoir ces informations (motifs succincts)

### 2) Présence de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement devant le JLD

- Le patient(e) sera présent devant le JLD
- Le patient(e) refuse à ce jour de se présenter devant le JLD
- Est joint un avis médical motivé indiquant qu'il existe des obstacles médicaux empêchant son audition

### 3) Représentation ou assistance par un avocat

- le patient(e) désigne Maître
- Les coordonnées de cet avocat sont :
- Le patient(e) ne désigne pas d'avocat. Désignation d'un avocat commis d'office.

### 4) Situation particulière

#### 4.1 Régime juridique de protection des majeurs

- Le patient bénéficie d'un régime de protection
  - sous tutelle
  - sous curatelle

Les coordonnées du tuteur ou du curateur sont :

L'extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle est joint à ce document.

#### 4.2 Désignation d'une personne de confiance

Ses coordonnées sont :

M/Mme

Tél :

Mail :

### III NECESSITE DE PROLONGER LA MESURE D'HOSPITALISATION COMPLETE

#### Historique de l'hospitalisation complète :

- Date d'entrée dans les soins psychiatriques :
- Date d'entrée de la dernière décision de maintien :
- Date de la dernière modification de la forme de prise en charge :
- Date de la dernière décision du juge de la liberté et de la détention :

**Signature du Directeur de l'établissement  
ou de son représentant**

**AVIS PSYCHIATRIQUE SUR L'ETAT MENTAL DU PATIENT  
DANS LA PERSPECTIVE DE L'AUDIENCE DEVANT LE JLD**

Dans la perspective de l'audience avec le JLD, prévue le   
Je soussigné Dr  psychiatre ne participant

pas à la prise en charge du patient, considère que :

- l'état de santé du patient permet son audition
- l'état de santé du patient ne permet pas son audition (à préciser) :

- il existe des obstacles médicaux au transport du patient en vue de son audience au TGI (à préciser) :

- il existe un risque que ne soit assurée la clarté, la sécurité et la sincérité des débats en cas d'audience foraine envisagée par le JLD (à préciser) :

- l'audience doit se dérouler en chambre du conseil (motif à préciser : atteinte à l'intimité de la vie privée, demande de l'une des parties, désordres de nature à troubler la sérénité de la justice) :

Fait à

le

Dr

**Avis motivé accompagnant la saisine JLD  
(article L3211-12-1 CSP)**

Délégation territoriale :  
Date et heure de début de la prise en charge :

Régime d'admission en soins psychiatriques sans consentement  
 sur décision du représentant de l'Etat

Je soussigné, Dr [ ] psychiatre de l'établissement d'accueil

- vu le certificat médical de 24h rédigé le [ ] par [ ]  
et le certificat médical de 72h rédigé le [ ] par [ ]
- vu le certificat médical de modification de forme de prise en charge avec  
réadmission en hospitalisation complète rédigé le [ ] par  
[ ]
- vu le certificat médical mensuel de maintien des soins rédigé le [ ]  
par [ ]

concluant à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sans consentement,

A l'égard de : **M./Mme** [ ]  
Né le [ ]  
Demeurant : [ ]

Il est nécessaire de poursuivre les soins en hospitalisation complète pour les motifs  
suivants :

Le [ ] à [ ] h

Signature