

25 rue de la République
80000 AMIENS
Tel: 03.22.80.10.33

E-mail: contact@medranoavocat.fr

Date: _____

Magistrat : _____

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Lieu de naissance: _____

Lieu hospitalisation: _____

Nature de l'audience :

12 jours

6 mois

Saisine facultative

Nature hospitalisation : _____ Psy 1 : _____ lieu exercice : _____ Date : _____

_____ Psy 2 : _____ lieu exercice : _____ Date : _____

Date/heure début mesure : I I / I I / I I I I à ____ h ____

Période initiale:

24h Date : I I / I I / I I I I I à ____ h ____
Psychiatre (NB: ≠) _____

72h Date : I I / I I / I I I I I _____
Psychiatre : _____

- Hospitalisation complète Motivation :
- Formule alternative
- Programme de soins ?

Renseignements concernant la mesure d'hospitalisation complète :

Date d'entrée dans les soins psychiatriques : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Date 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 des libertés et de la détention : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Date de la saisine (8j initial // 15j min autre) |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Identité des psychiatres ayant concouru à l'avis motivé requis pour la saisine :

Cas 1) : Psychiatre de l'établissement : _____

Cas 2) : collègue : _____

NOTES: