Modèle de plan de traitement dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique

Les soussignés :

- Madame/Monsieur (nom, prénom) :
Né le / /
Ci-après dénommé le patient

Le cas échéant, le représentant légal du patient en vertu de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient :
Madame/Monsieur (nom, prénom) :
Née le / / à
Ci-après dénommé le représentant légal du patient

- Madame/Monsieur (nom, prénom) :
médecin, disposant du n° INAMI :
Ci-après dénommé le médecin responsable de l'exécution du traitement

concluent le présent plan de traitement volontaire sous conditions.

1. Lieu de traitement

Adresse du lieu de traitement du patient :

Le cas échéant, coordonnées du responsable de la résidence/institution désignée comme lieu de traitement :

2. Identification du réseau de personnes liées à ce plan de traitement (y compris le patient et les proches)

Nom et prénom	Qualité/ fonction	Adresse	Téléphone/mail	Présence auprès du patient

3. Circonstances amenant à la prise en charge du patient, y compris une description de la situation problématique

……
……
……

4. Brève description attestant que la concertation a donné lieu à un consentement et qui indique sur quelle base le médecin responsable de l'exécution du traitement peut raisonnablement penser que

la personne atteinte d'un trouble psychiatrique respectera le traitement volontaire sous conditions qu'il a proposé

……
……
……

5. Conditions posées et engagements

5.1. De la part du patient

……
……
……

5.2. De la part du représentant légal du patient

……
……
……

5.3. De la part du médecin responsable de l'exécution du traitement

……
……
……

5.4. De la part de tiers (préciser l'identité et la qualité du tiers)

……
……
……

6. Synthèse de la prise en charge envisagée et suivi de celle-ci, en ce compris une description des moyens thérapeutiques qui seront appliqués afin d'écarter le plus possible le danger visé à l'article 2 de la loi du 26 juin 1990 susmentionnée

……
……
……

Fait à , le / /

Signature du patient :

Signature du médecin responsable de l'exécution du traitement :

Signature du représentant légal du patient :

Signature de tiers :