



Direction générale
de la santé

Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 4200
plafa.omc@vd.ch
www.vd.ch/dgs

PLAFA

Placement à des fins d'assistance (PLAFA)
Formulaire pour les médecins responsables
des institutions appropriées

Bases légales : art. 46 LVP AE

CONFIRMATION DU PLACEMENT A DES FINS D'ASSISTANCE

A remplir par le médecin cadre responsable du service où le patient est admis

N° du formulaire de la décision de placement (à reprendre de la décision de PLAFA)

1. Identité de la personne concernée par la mesure de PLAFA

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Adresse : _____

Institution où a lieu le placement : _____

2. Selon le médecin responsable, l'état de santé de la personne concernée requiert le maintien du PLAFA dans l'institution ? oui non

3. Si oui, merci de timbrer, dater et signer la première page de ce formulaire et de l'adresser par email à l'Office du Médecin cantonal : plafa.omc@vd.ch dans les 48 heures.

Compléter la 2^e page du formulaire au moment de la levée ou lors de toute modification ultérieure de la mesure de PLAFA.

4. Si non, merci de préciser le devenir de la personne concernée, puis de timbrer, dater et signer la première page de ce formulaire et de l'adresser par email à l'Office du Médecin cantonal : plafa.omc@vd.ch dans les 48 heures.

Devenir de la personne concernée

Retour à domicile (y compris retour en institution si tel était le domicile avant le PLAFA)

Retour à la rue

Hospitalisation poursuivie sur un mode volontaire

Entrée dans une autre institution, si oui, laquelle : _____

Autre : _____

Si pertinent, date de sortie de l'institution : _____ / _____ / _____

Nom / Prénom / Téléphone du médecin cadre : _____

Signature et timbre du médecin cadre

Date de l'envoi : _____ / _____ / _____

LEVÉE OU MODIFICATION DU PLACEMENT A DES FINS D'ASSISTANCE

A remplir par le médecin cadre responsable du service où le patient est admis

N° du formulaire de la décision de placement (à reprendre de la décision de PLAFA)

1. Identité de la personne concernée par la mesure de PLAFA

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Adresse : _____

2. Le patient, sa personne de confiance, son représentant dans le domaine des soins, un proche ont fait appel à la justice de paix dans les 10 jours qui ont suivi l'ordonnance du PLAFA ? oui non

3. Modification de la mesure de PLAFA

- Transfert sous PLAFA dans un autre établissement, si oui, lequel : _____
- Levée du PLAFA par le médecin responsable du service
- Signalement à la justice de paix pour demande de prolongation (annonce à faire dès la 4^e semaine du placement)
- Mesure levée par la justice de paix suite à un recours

Date de la modification de la mesure : _____ / _____ / _____

4. Devenir de la personne concernée

- Retour à domicile (y compris retour en institution si tel était le domicile avant le PLAFA)
- Retour à la rue
- Hospitalisation poursuivie sur un mode volontaire
- Entrée dans une autre institution
- Autre : _____

Si pertinent, date de sortie de l'institution : _____ / _____ / _____

Merci de timbrer, dater et signer cette deuxième page du formulaire et de l'adresser par email à l'Office du Médecin cantonal : plafa.omc@vd.ch dans les 48 heures.

Nom / Prénom / téléphone du médecin cadre : _____

Signature et timbre du médecin cadre

Date de l'envoi : _____ / _____ / _____