



Service de la santé publique
du Canton de Vaud

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

T +41 21 316 42 00
plafa.omc@vd.ch
www.vd.ch/ssp

PLAFA

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

Bases légales :
loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant 211.251

N° de formulaire
reprenre le N° du formulaire du médecin

PLACEMENT EN INSTITUTION

(réservé au médecin responsable du service où le patient est admis)

Après avoir relevé le N° de formulaire, daté, signé et timbré, merci de l'adresse par mail au Médecin cantonal :
plafa.omc@vd.ch

- A. La 1^{ère} page dans les 48h qui suivent l'admission
B. La 2^e page (deux envois possibles pendant le séjour):
1. En cas de réponse positive à la question 6, dans les 10 jours qui suivent l'admission
2. Au moment de la sortie ou à la fin des 6 semaines du PLAFA médical

1. Identité de la personne sous mesure de PLAFA et coordonnées de l'institution

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Représentant légal/curateur : _____

Adresse : _____

Nom de l'institution : _____

Adresse : _____

Nom de la famille ou des proches : _____

2. Situation du patient à l'admission dans l'institution

- PLAFA ordonné par un médecin Maintien contre son gré d'une personne entrée en mode volontaire

Nom du médecin qui a prononcé le PLAFA: _____

3. Selon le médecin responsable, l'état de santé de la personne requiert le maintien du PLAFA dans l'institution ? Oui Non

4. Si oui, merci de timbrer, dater et signer la page 1 de ce formulaire, la faxer selon les indications ci-dessus puis passer à la question 6

5. Si non, devenir de la personne

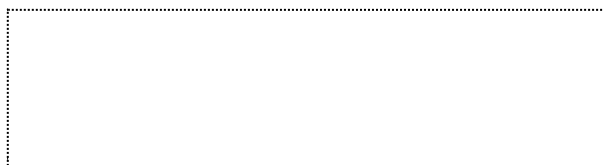
- Retour à domicile (y compris retour en institution si le domicile avant le PLAFA était une institution)
 Retour à la rue Hospitalisation poursuivie sur un mode volontaire
 Entrée dans une autre institution (EMS, Etablissement socio-éducatif, foyer, prison, hôpital, etc.)
 Autre : _____

Date de sortie de l'institution : _____

Nom/prénom/tél. médecin cadre : _____

Signature et timbre du médecin cadre

Date d'envoi : ____/____/____



PLAFA

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

Bases légales : loi d'application du droit fédéral de la protection de l'adulte et de l'enfant 211.251

Après avoir relevé le N° de formulaire, daté, signé et timbré,
merci de l'adresser par mail au Médecin cantonal :
plafa.omc@vd.ch:

N° de formulaire

reprandre le N° du formulaire du médecin

- A. La 1^{ère} page dans les 48h qui suivent l'admission
B. La 2^e page (deux envois possibles pendant le séjour):
1. En cas de réponse positive à la question 6, dans les 10 jours qui suivent l'admission
2. Au moment de la sortie ou à la fin des 6 semaines du PLAFA médical

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Représentant thérapeutique: Oui Non Directives anticipées: Oui Non

6. Le patient, le curateur, le représentant thérapeutique ou les proches ont fait appel à la Justice de paix dans les 10 jours qui suivent l'ordonnance de placement par le médecin autorisé?

Oui Non

Si oui, faxer la page 2 selon les indications ci-dessus.

7. Si non, merci d'aller directement à la question 9

8. Si la mesure de PLAFA est levée par la Justice de paix, suite au recours, date et devenir de la personne

Date de la décision du Juge : _____

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

Retour à la rue Hospitalisation poursuivie sur un mode volontaire

Entrée dans une autre institution (EMS, Etablissement socio-éducatif, foyer, prison, hôpital, etc.)

Autre : _____

Date de sortie de l'institution : _____

Les demandes de prolongation doivent être envoyées à la Justice de Paix à la 4e semaine du placement.

9. Devenir de la mesure de PLAFA médical (9.1) et du patient (9.2)

9.1 Transfert sous PLAFA dans un autre établissement Date : ____ / ____ / ____

Levée du PLAFA médical Date : ____ / ____ / ____

Signalement à la Justice de paix pour prolongation Date : / / ____

9.2 Situation du patient

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

Retour à la rue Hospitalisation poursuivie sur un mode volontaire

Entrée dans une autre institution (EMS, Etablissement socio-éducatif, foyer, prison, hôpital, etc.)

Autre : _____

9.3 Mise en place de mesures ambulatoires selon le Code civil suisse

Nom/prénom/tél. médecin cadre : _____

Signature et timbre du médecin cadre

Date d'envoi : ____ / ____ / ____

