

---

**RECOURS CONTRE  
LA DECISION DE MAINTIEN**

Je soussigné(e)

Coller ici l'étiquette  
d'identification du patient

hospitalisé(e) depuis le ..... dans l'unité ..... des Hôpitaux  
universitaires de Genève, fais recours contre la décision de maintien du  
..... en vertu de l'article 439, al. 1, ch 1 du code civil et de l'art. 67,  
al. 1 de la loi d'application du code civil E 1 05.

(lieu) ....., le .....

Signature .....

---

**Extraits de lois**

Loi E 1 05, art. 67, al. 1 « La personne concernée, ses proches, la personne habilitée à décider des soins en son nom et la personne de confiance peuvent recourir dans les 10 jours dès sa réception contre la décision du médecin auprès du Tribunal de protection ».

Loi E 1 05, art. 67, al. 2 « Le recours n'a pas d'effet suspensif ».

**Document à faxer au Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant,  
fax N° 022 546 97 42**