

CERTIFICAT MEDICAL

SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL IMMINENT

**Procédure définie par l'article L 3212-1 (II.2°) du Code de la Santé Publique
Il y a péril imminent pour la santé de la personne**

Je soussigné....., Docteur en médecine

certifie avoir examiné le.....

Mme, Melle, M. (NOM - Prénom)

né(e) le..... à.....

Domicilié(e).....

.....

.....

Cette personne présente (décrire les troubles mentaux et les énumérer, indiquer les particularités de la maladie) :

-
-
-
-
-
-

Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement et mettent sa santé en péril imminent.

Son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en milieu hospitalier.

Il (elle) doit être admis (se) sous le régime de soins psychiatriques en cas de péril imminent pour la santé de la personne dans un établissement habilité au titre de l'article L 3222-1 du code de la Santé Publique sous la forme d'une hospitalisation complète.

Je certifie par ailleurs n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement avec la personne devant faire l'objet de soins, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil.

CACHET DU PRATICIEN

SIGNATURE et DATE

J'atteste être dans l'impossibilité matérielle de satisfaire à l'exigence de dactylographie du certificat