

# CERTIFICAT MEDICAL

## SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT

***Selon les dispositions des articles L3213-1 et L3213-2 (en cas de danger imminent) - chapitre III du Titre 1<sup>er</sup> du Livre II Troisième partie - du code de la santé publique***

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 son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en milieu hospitalier selon les dispositions des articles L3213-1 et L3213-2 (en cas de danger imminent) - chapitre III du Titre 1<sup>er</sup> du Livre II Troisième partie - du code de la santé publique.

Ses troubles mentaux peuvent présenter un danger imminent pour la sûreté des personnes.

CACHET DU PRATICIEN

SIGNATURE et DATE

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