

CERTIFICAT MEDICAL CIRCONSTANCIE

SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS

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

Je soussigné(e), Docteur en médecine

certifie avoir examiné le.....Heure.....

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.

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 sur demande d'un tiers 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 tiers demandant les soins, ni avec le praticien ayant produit le deuxième certificat d'admission, 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
