

**MODÈLE DE CERTIFICAT**  
**Soins Psychiatriques sur décision du Représentant de**  
**l'Etat**  
**Articles L. 3213-1 et L. 3213-2°du CSP**

Je soussigné(e) (*nom, prénom*)....., docteur en médecine

certifie avoir examiné ce jour M., Mme, .....  
né(e) le ..... à .....  
domicilié(e) .....

et avoir constaté les troubles suivants : (*caractéristiques des troubles et de la maladie*)  
.....  
.....

Il en résulte que cette personne présente des troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui portent atteinte de façon grave à l'ordre public et compromettent la sûreté des personnes.

Par conséquent, l'état de santé actuel de M., Mme, ..... rend impossible son consentement et nécessite une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état conformément à l'article L.3213-1 du Code de la Santé Publique dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 du Code de la Santé Publique.

A ma connaissance, je ne suis ni parent, ni allé, au quatrième degré inclusivement des personnes suivantes : patient et directeur de l'établissement d'accueil.

J'atteste, par ailleurs, être dans l'impossibilité matérielle de dactylographier ce certificat et de satisfaire à l'exigence prescrite à l'article R 3213-3 du Code de la Santé Publique.  
(à rajouter si le certificat ne peut être dactylographié)

Fait à..... le ..... à ..... h.....

Nom et signature du médecin (N° ADELI ou RPPS) + Tampon.