

MODÈLE DE CERTIFICAT
Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
PROCÉDURE NORMALE Article L. 3212-1-II-1° du CSP

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

Certifie avoir examiné le.....,

M..... né(e) le..... domicilié(e) à et avoir constaté qu'il (elle)

Présente

(caractéristiques de la maladie - décrire l'état mental du malade et son comportement, agitation, délire, idées de suicide en insistant sur les éléments cliniques préoccupants qui permettent aussi d'apprécier les raisons de l'absence de consentement)

.....
.....
.....

En conséquence, l'état de santé de M impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Ces troubles mentaux rendant impossible son consentement. Ces éléments justifient son admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers selon les termes de l'article L. 3212-1-II-1) du Code de la santé publique dans un établissement mentionné aux articles L. 3222-1 et L. 6112-1 du même code.

Je certifie n'être ni parent ou allié, au quatrième degré inclusivement, ni du directeur de l'établissement, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

Fait à..... le à h.....

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