

MODÈLE DE CERTIFICAT
Soins Psychiatriques en péril imminent
Article L. 3212-1-II-2° 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

*** *En cas d'urgence lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.***

(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)

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

Je certifie que :

- ses troubles rendent impossible son consentement et que son état de santé présente un péril imminent pour lui-même et impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier.
- Les recherches que j'ai menées pour trouver une tierce personne pour effectuer la demande de soins sans consentement sont restées vaines.

En conséquence, ceci justifie son admission en soins psychiatriques selon les termes de l'article L.3212-1-11-2° 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.

Fait à..... le à h.....

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