

CERTIFICAT MEDICAL

HOSPITALISATION SUR DEMANDE D'UN TIERS

Procédure définie par l'article 3212-3 du Code de la Santé Publique :
Il y a péril imminent pour la santé du malade

Je soussigné , docteur en médecine,
certifie avoir examiné le.....
Mr, Mme, Melle (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 rendent impossibles son consentement et mettent sa santé en péril imminent.
Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Il (elle) doit être admis(e) sous le régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers dans un établissement habilité au titre de l'article L3222-1 du Code de la Santé Publique.

Je certifie par ailleurs n'être ni parent, ni allié au 4^{ème} degré inclusivement avec Mr, Mme, Melle (NOM du malade) :.....
ni avec le tiers demandant l'hospitalisation, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil.

Cachet du praticien

Signature et date