



CERTIFICAT MEDICAL
D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS
Procédure définie par l'article 3212-1 (II.1) du Code de la Santé Publique
(Il n'y a pas de péril imminent ni d'urgence pour la santé du malade)

Je soussigné(e), Docteur (*Nom*) : (*Prénom*) :

Docteur en médecine,
certifie avoir examiné le :/...../.....

Mme, Mr, (*Nom*) : (*Prénom*) :

né(e) le :/...../.....

domicilié(e) :

Cette personne présente (*décrire les troubles mentaux et les énumérer, indiquer les particularités de la maladie*) :

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

Ces troubles rendent impossible son consentement et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Il (elle) doit être admi(se) sous le régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers dans un établissement habilité au titre de l'article L 3222-1 du code de la Santé Publique.

Je certifie par ailleurs n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement avec la personne examinée ni avec le tiers demandant l'hospitalisation, ni avec le praticien ayant produit le deuxième certificat d'admission, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil.

Fait à le :/...../.....

Signature et cachet