# Certificat médical

**« SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT »**

(article L. 3213-2 du code de la santé publique)

Je soussigné(e)……………………………………………………………………………………………………

Docteur en médecine exerçant à ………………………………………………………………………

certifie avoir examiné ce jour

M, Mme ……………………………………………………………………………………………………

Né(e) le  ……………………………à :…………………………………………………………………………………

Domicilié(e) à : …………………………………………………………………………………………………………..

Profession :

………………………………………………………………………………..................

et avoir constaté les troubles suivants :

(description détaillée –des troubles mentaux et des circonstances dans lesquels ils se sont manifestés)

…………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………............

….………………………………………………………………………………………………………………………………

……..……..……………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

En conséquence, les troubles mentaux présentés par M/Mme ………………………………représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes et nécessitent son admission provisoire en soins psychiatriques sans consentement, en application des dispositions de l’article L. 3213-2 du code de la santé publique.

J’atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4ème degré inclusivement avec le Directeur de l’établissement accueillant ce malade, ni avec la personne à admettre en soins.

Fait à ……………………………… le ……………………….. à …….h……..

(signature et cachet du médecin)

N° RPPS :

❑ Ce certificat est partiellement manuscrit compte-tenu de l’absence de moyen technique et d’effectif de secrétariat disponible permettant qu’il soit dactylographié.