

CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION
Art L 3212-1 du CSP
(SOINS SANS CONSENTEMENT SUR DEMANDE D'UN TIERS)

Je soussigné, Docteur

certifie avoir examiné le

M., Mme, Melle

âgé(e) de né (e) le à

domicilié(e)

.....

profession

Ce(tte) patient(e) présente * :

Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement.

Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une :

- surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète,

- surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2^e du I de l'Art. L 3211-2-1.

Ce malade nécessite une admission en **soins psychiatriques sur demande d'un tiers** dans un établissement spécialisé, conformément à l'article **L 3212-1** du Code de la Santé Publique.

J'atteste répondre aux critères de l'article **L.3212-1** du CSP et **L.4111-1 et suivants** du livre 1^{er} des professions médicales.

Fait à

Le **à** **H**

(Signature et tampon)

* *Le certificat doit être circonstancié, il doit constater l'état mental de la personne et indiquer les caractéristiques de sa maladie.*