

**CERTIFICAT MEDICAL
D'ADMISSION D'URGENCE
Art L 3212-3 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 **et il existe un risque grave d'atteinte à son intégrité**

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 3212-3** du Code de la Santé Publique.

J'atteste répondre aux critères du livre 1^{er} des professions médicales (Art. L.4111-1 et suivants).

Fait à

Le àH

(Signature et tampon)

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