

**CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION**  
**Art L 3212-1 du CSP**  
**(SOINS SANS CONSENTEMENT**  
**DANS LE CADRE D'UN « PERIL IMMINENT »)**

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, **mettant en péril imminent sa santé.**

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<sup>e</sup> du I de l'Art. L 3211-2-1.

Son état de santé nécessite une admission en établissement spécialisé **dans le cadre de soins psychiatriques en péril imminent**, conformément à l'article **L 3212-1** du Code de la Santé Publique.

J'atteste répondre aux critères du livre 1<sup>er</sup> des professions médicales (Art. L.4111-1 et suivants).

Fait à .....

Le ..... à .....H .....

*(Signature et tampon)*

\* Ce certificat, établi par un médecin extérieur à l'établissement, doit être circonstancié, il doit constater l'état mental de la personne et indiquer les caractéristiques de sa maladie.