CERTIFICAT MEDICAL
SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS

Je soussigné, Docteur…….
……

Adresse…….
……..……
……..……

certifie avoir examiné ce jour :

NOM et Prénoms…….
Né(e) le……..……...

Profession : …….

Demeurant *(adresse complète)* :……...
……
……

Cette personne présente les symptômes suivants :
(Préciser l'objet exact et l'étendue des troubles, ce en quoi ils rendent impossible l'expression d'un consentement éclairé, et ce en quoi ils justifient de soins immédiats assortis d'une surveillance médicale continue - Tout autre élément de contexte peut être opportun).

L'état de M/Mme…….
ne lui permet pas de donner son consentement aux soins, or un traitement immédiat et une surveillance constante en milieu hospitalier sont nécessaires.

En conséquence, je demande **l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers de** M/Mme…….
dans un établissement spécialisé conformément à l'article L 3212-1 du Code de la Santé Publique.

Fait à……..le……à …… (heure)
Signature