

CERTIFICAT MEDICAL
SOINS PSYCHIATRIQUES (SANS DEMANDE DE TIERS)
Art. L. 3212-1 « PERIL IMMINENT »

Je soussigné(e), Docteur.....

Médecin libéral / médecin exerçant à

Adresse.....

.....

certifie avoir examiné ce jour :

NOM et Prénoms.....

Né(e) le..... à

Profession :

Situation de famille :

Relevant d'une mesure de protection judiciaire : oui – non – non connu

Si oui, nom du mandataire judiciaire à la protection du majeur :

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.

Par ailleurs, il existe un **péril imminent** pour la santé de M/Mme
se manifestant comme suit :

En conséquence, n'étant ni parent ni allié au 4^{ème} degré ni du patient, ni du directeur de l'établissement d'accueil, je demande **l'admission en soins psychiatriques sans demande de tiers de M/Mme**.....
dans un établissement spécialisé conformément à l'article L 3212-1 du Code de la Santé Publique (« péril imminent »).

Fait à.....le.....à (heure).....

Signature (et tampon)