# CERTIFICAT MEDICAL

**SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT**

**SUR DÉCISION DU REPRÉSENTANT DE L’ÉTAT**

(article L. 3213-1 du code de la santé publique : décision du préfet)

(article L. 3213-2 du code de la santé publique : admission provisoire décidée par un maire)

**Je soussigné(e) Docteur** …………………………………………………………………………………………..

Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

certifie avoir examiné ce jour **Mme/M. ……………………………………………………………………………**

Né(e) le  ……………………………à :………………………………………………………………………………

Domicilié(e) à : ……………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

**et avoir constaté les troubles suivants :**

*(description de l’état mental du patient, de son comportement ainsi que les circonstances)*

…………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………..……..………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..……………………………………………………………………………………………………………………..……..…………………………………………………………………………………………**Ces troubles mentaux rendent impossible son consentement et :**

* **compromettent la sûreté des personnes**

**et/ou**

* **portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.**

**et nécessitent son admission provisoire en soins psychiatriques sans consentement, en application des dispositions de l’article L. 3213-1 et suivants du code de la santé publique.**

J’atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4ème degré inclusivement avec le Directeur de l’établissement accueillant ce malade, ni avec la personne à admettre en soins.

**Fait à ………………………………… le …………………….. à …….h……..**

*(signature du médecin)*

❑ Ce certificat est partiellement manuscrit compte-tenu de l’absence de moyen technique et/ou d’effectif de secrétariat disponible permettant qu’il soit dactylographié