

Certificat ou avis médical d'admission en soins psychiatriques sans consentement

(Articles L3213-1 et L3213-2 du code de la santé publique cochez les cases correspondantes)

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine exerçant à
certifie que :

Mme, M.

Né(e) le/...../.....

Domicilié(e)

CERTIFICAT (EXAMEN DU PATIENT)

Présente les troubles suivants (*Description détaillée – sans diagnostic – des troubles et des circonstances dans lesquels ils se sont manifestés*)

.....
.....
.....
.....

- Ces troubles du comportement constituent un danger imminent pour la sûreté des personnes, ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et nécessitent des soins. Je demande l'admission en soins psychiatrique sans consentement au titre des articles L 3213-1, L3213-2 du code de la santé publique, au sein de l'établissement de secteur habilité selon l'article L.3222-1 du même code.

OU

AVIS MEDICAL (EXAMEN DU PATIENT IMPOSSIBLE - L3213-2 UNIQUEMENT)

(*Description des éléments en la possession du médecin concernant les troubles mentaux connus et les circonstances qui compromettent, de manière imminente, la sûreté des personnes*)

.....
.....
.....
.....

- Ces troubles du comportement constituent un danger imminent pour la sûreté des personnes, et nécessitent des soins. Je demande l'admission en soins psychiatrique sans consentement au titre de l'article L 3213-2 du code de la santé publique, au sein de l'établissement de secteur habilité selon l'article L.3222-1 du même code.

Je suis dans l'impossibilité matérielle de dactylographier ce certificat/avis médical

Fait à....., le à..... h.....

(Signature, cachet, et N°RPPS)