

Docteur _____ Identifiants RPPS _____

Adresse du cabinet ou de l'établissement de soins_____

**SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL IMMINENT POUR LA SANTE DE LA PERSONNE
(Procédure sans tiers)**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur _____,

Certifie avoir examiné ce jour, M. ou Mme : _____

Né (e) le : _____

Domicilié (e) à : _____

Et avoir constaté les troubles suivant :

Ses troubles mentaux impliquent un péril imminent pour sa santé, rendent impossible son consentement et imposent des soins immédiats assortis d'une surveillance constante.

En conséquence, en vertu de l'article L.3212-1-II du Code de la Santé Publique (CSP), ces troubles justifient une période initiale d'observation et de soins sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 du CSP en application de la loi du 5 juillet 2011 révisée.

Certificat établi à _____ ; le _____

Docteur _____