

Docteur _____ Identifiants RPPS _____

Adresse du cabinet ou de l'établissement de soins _____

**SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS EN URGENCE
EN CAS DE RISQUE GRAVE D'ATTEINTE A L'INTEGRITE DU MALADE**

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 :

L'état de cette personne présente un risque grave d'atteinte à son intégrité, la rend inapte à donner son consentement et impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante.

En conséquence, en vertu de l'article L.3212-1 du Code de la Santé Publique (CSP) son état justifie d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 du CSP, ou d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1, en application de la loi du 5 juillet 2011.

Certificat établi à _____ ; le _____

Docteur _____