

Docteur _____ Identifiants RPPS _____

Adresse du cabinet ou de l'établissement de soins _____

SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN REPRESENTANT DE L'ETAT

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 rendent impossible son consentement.

Son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante.

En conséquence, en vertu de l'article L.3213-1 du Code de la Santé Publique (CSP) je confirme que ces troubles nécessitent des soins, compromettent la sureté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public, et nécessitent une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 du CSP en application de la loi du 5 juillet 2011.

Certificat établi à _____ ; le _____

Docteur _____