

Docteur _____ Identifiants RPPS _____

Adresse du cabinet ou de l'établissement de soins _____

SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN 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 :

Conformément à l'article L. 3212-1 du Code de la Santé Publique (CSP), je confirme que ses troubles nécessitent des soins, ses troubles mentaux rendent impossible son consentement, son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de [l'article L. 3211-2-1](#) du CSP, en application de la loi du 5 juillet 2011.

Certificat établi à _____ ; le _____

Docteur _____