**« SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT »**

(Article L. 3213-2 du code de la santé publique)

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e)..................................................................................................................

Docteur en médecine exerçant à ......................................................................................

Certifie avoir examiné ce jour :

M, Mme …………………………………………………………………………………………..

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

Né(e) le ............................à:.............................................................................................

Domicilié(e) à : ……………………………………………………………………………………

Profession :

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

et avoir constaté les troubles suivants\*

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

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

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

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

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

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

En conséquence, que les troubles mentaux présentés par M/Mme .................................... représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes et nécessitent son admission provisoire en soins psychiatriques sans consentement, en application des dispositions de l’article L. 3213-2 du code de la santé publique.

J’atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4ème degré inclusivement avec le directeur de l’établissement accueillant le malade, ni avec la personne à admettre en soins.

Fait à .................................... le …………………….à ….h…..

(Signature et cachet du médecin)

|  |
| --- |
| 🗆**Ce certificat est partiellement manuscrit compte-tenu de l’absence de moyen technique permettant qu’il soit dactylographié.** |