

# CERTIFICAT OU AVIS MEDICAL INITIAL EN VUE D'UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU MAIRE OU SUR DECISION DIRECTE DU PREFET

(Ce certificat doit être dactylographié. Retenez les paragraphes (1 ou 2) correspondant à la situation et supprimez les paragraphes inutiles. Si vous ne pouvez dactylographier, cochez la case 3 et la case (1 ou 2) correspondant à la situation)

Je soussigné(e) Nom, prénom....., docteur en médecine,

**1** SDRE droit  
commun

en vue d'une admission directe par le préfet de département de  
Département..... en application de l'article L 3213-1 du code de la santé publique

**2** SDRE  
urgent

en vue d'une admission provisoire demandée par le maire de Ville..... en  
application de l'article L 3213-2 du code de la santé publique

certifie que :

M.  Mme *Nom.....* né(e) le *Date de naissance.....*  
demeurant à *adresse complète.....*

**Description des circonstances/faits** compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public<sup>1</sup> :

*Circonstances / faits.....*  
.....

Description des troubles mentaux : *Description des troubles mentaux.....*  
.....

Il en résulte que :

- ses troubles rendent impossible son consentement
- son état mental impose des soins immédiats
- ses troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public

ce qui nécessite l'admission en soins psychiatriques de l'intéressé(e) à l'hôpital de *Nom de l'établissement.....*

**3**

Impossibilité de dactylographier ce certificat.

Fait à Ville..... Date et **heure** : Date et heure.....

Cachet du médecin  
ou numéro RPPS

SIGNATURE

1 - Eléments qui serviront à motiver les décisions du maire et du préfet. Veiller à bien rapporter les éléments portés à votre connaissance à ce sujet (par le maire, par les services de police, tiers...)