

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN VUE D'UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU DIRECTEUR

(Ce certificat doit être dactylographié. Retenez les paragraphes (1, 2 ou 3) correspondant à la situation et supprimez les paragraphes inutiles. Si vous ne pouvez dactylographier, cochez la case 4 et la case (1, 2 ou 3) correspondant à la situation)

Je soussigné(e) *Nom, prénom.....*, docteur en médecine, certifie que :

M. Mme *Nom.....* nom de naissance : *Nom de naissance.....*
né(e) le, *Date de naissance.....* à *Ville.....* (département : *Département.....*)
demeurant à *adresse complète.....*
alors que je constate les faits suivants :
faits générateurs.....
.....

présente les troubles mentaux suivants :
détail des troubles.....
.....

Il en résulte que :
- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement,
- son état mental impose des soins immédiats,
et nécessitent (retenez ou cochez L'item correspondant à La situation) :

1 SDT droit commun

L'admission en soins psychiatriques de l'intéressé(e) dans l'établissement de santé de *Nom de l'établissement.....* sans son consentement et sur la demande d'un tiers, en application de l'article L 3212-1-II-1° du code de La santé publique (**procédure de droit commun et nécessité de 2 CERTIFICATS MEDICAUX INITIAUX**)

2 SDT urgent

compte tenu du **risque grave d'atteinte à son intégrité**, l'admission **en urgence** en soins psychiatriques de l'intéressé(e) dans l'établissement de santé de *Nom de l'établissement.....* sans son consentement et **sur la demande d'un tiers**, en application de l'article L 3212-3 du code de la santé publique (**procédure urgente**)

3 SDT péril imminent

compte tenu de l'**existence d'un péril imminent** pour la santé de l'intéressé(e) et compte tenu de l'**impossibilité (à justifier) d'obtenir la demande d'un tiers**, son admission immédiate en soins psychiatriques dans l'établissement de santé de *Nom de l'établissement.....* sans son consentement, en application de L'article L 3212-1-II-2° du code de La santé publique (**procédure de péril imminent**)

J'atteste que je n'exerce pas dans l'établissement accueillant le malade, que je ne suis ni parent ni allié au 4^{ème} degré inclus ni avec le directeur de l'établissement qui va décider la mesure, ni avec la personne ayant demandé les soins, ni avec la personne faisant l'objet de soins.

4

Impossibilité de dactylographier ce certificat.

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

Cachet du médecin
ou numéro RPPS

SIGNATURE