

SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT

CERTIFICAT MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION

AU CENTRE HOSPITALIER DE ¹ _____

Je soussigné, _____, Docteur en médecine
exerçant à (Adresse professionnelle) _____ certifie avoir examiné

Le² :

Madame, Mademoiselle, Monsieur³

né le :

demeurant :

profession :

qui présente les symptômes suivants :

⁴ Cet état clinique nécessite des soins en raison des symptômes qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Selon les termes de l'article **L. 3213-1** du CSP, il justifie la demande de soins à la demande d'un représentant de l'état.

⁵ Cet état clinique nécessite des soins et a provoqué une situation de danger imminent qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Selon les termes de l'article **L. 3213-2** du CSP, il justifie la demande de soins à la demande d'un représentant de l'état.

Je ne suis ni parent ni allié, au quatrième degré inclusivement, de M⁶ _____

Ni du Directeur du Centre Hospitalier de _____

Fait à _____ le _____
Docteur

¹ Préciser le nom de l'établissement (ex : FBS de Picauville, FBS de Saint-Lô)

² Date de l'examen

³ Nom et prénom du patient

⁴ A cocher lorsque le certificat médical est établi avant l'arrêté préfectoral. Le médecin ne peut pas être salarié de l'établissement d'accueil

⁵ A cocher lorsque le certificat médical est établi avant l'arrêté du maire **ou lors d'une transformation** de soins libres ou à la demande d'un tiers en soins sur décision du représentant de l'état. Le médecin peut être salarié de l'établissement d'accueil mais non psychiatre

⁶ Patient