ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

# MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL

## Admission en soins psychiatriques sans consentement en cas de péril imminent[1] (article L. 3212-1 du code de la santé publique)

Je soussigné Docteur……,
*(adresse)*……..
certifie avoir examiné ce jour, Mme/M.……
……
Né (e) le ……

Et avoir constaté *(description de l'état mental et du comportement)* :
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

J'atteste que :

- les troubles mentaux dont souffre l'intéressé (e) rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.

- Il existe un péril imminent pour sa santé.

Fait à……..
le……..

Signature

[1] lorsqu'il est impossible d'obtenir la demande d'un tiers et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne