

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

**ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
EN CAS DE PERIL IMMINENT POUR LA SANTE DU MALADE ET EN L'ABSENCE DE TIERS
(art .L 3212-1-II-2° du CSP)**

Je soussigné, Docteur
Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme/Melle/M :.....

Né(e)le :.....

Profession :.....

Demeurant à :.....

Il s'agit d'un(e) patient(e) présentant un tableau clinique comportant :

Je constate qu'il existe un péril imminent pour la santé du malade en raison de :

Il n'a pas été possible de recueillir une demande émanant d'un proche du malade en raison de :

J'atteste que les troubles mentaux présentés par Mme/Melle/M.....
rendent impossible son consentement et que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une admission en soins psychiatriques conformément à l'article L.3212-1-II-2° du Code de la Santé Publique.

J'atteste que je ne suis ni parent(e), ni allié(e) au quatrième degré inclusivement avec le directeur de l'établissement accueillant ce (cette) malade, ni avec la personne hospitalisée et ne pas exercer dans l'établissement d'accueil.

****L'intéressé(e) a pu faire valoir ses observations***

**** En raison de l'état clinique de l'intéressé(e) ses observations n'ont pu être recueillies.***

Fait à.....
le.....

Signature et cachet du médecin

*Rayer la mention inutile