

**CERTIFICAT MEDICAL INITIAL**

Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat  
(admission SDRE)  
selon l'article L. 3213-1 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e), Docteur .....  
Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme/Melle/M : .....

Né(e)le : .....

Demeurant à : .....

Circonstances motivant le présent certificat : .....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

J'atteste que les troubles mentaux présentés par Mme/Melle/M.....  
nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave,  
à l'ordre public.

J'atteste que je ne suis pas psychiatre exerçant dans l'établissement destiné à accueillir ce (cette)  
patient (e).

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

***\*En raison de son état clinique, l'intéressé(e) n'a pu faire valoir ses observations.***

Fait à.....

Le.....

Signature et cachet du médecin

- Rayer la mention inutile