**Identification du Médecin**

Merci d’indiquer le N° d’ADELI OU RPPS

en l’absence de cachet

CERTIFICAT MEDICAL

**Admission en Soins Psychiatriques**

**pour péril imminent** (article L.3212-1 II 2e du C.S.P)

Je soussigné(e)

Docteur .......................................................................................................................................

exerçant à ...................................................................................................................................

certifie que l’état de santé de

M................................

NOM, Prénom ............................................................................................................................

Date de naissance ……………………………………………………………………………….

présente les troubles suivants : .....................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement et son état mental impose des soins immédiats assortis d’une surveillance médicale constante EN APPLICATION DE L’ARTICLE L.3212-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.

Il existe en outre une situation de péril imminent.

Aucune personne n’est actuellement susceptible de constituer un tiers auprès du patient. En conséquence, ces troubles, le péril imminent qu’ils constituent et l’absence de tiers justifient des soins psychiatriques sans tiers en application de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, article L 3212-1-II-2 du Code de la Santé Publique.

Je certifie n’être ni parent ou allié, au quatrième degré inclus, du médecin signataire de l’autre certificat médical d’admission, du Directeur de l’établissement, de la personne ayant demandé l’hospitalisation, de la personne hospitalisée.

A.......................................................

le...................................à ……h…..

Signature