**Identification du Médecin**

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

en l’absence de cachet

CERTIFICAT MEDICAL

**Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d’un Tiers**

(article L.3212-1 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-II-1 DU CODE DE LA SANTE 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