

**CERTIFICAT MEDICAL POUR L'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL  
IMMINENT**

**(Article L. 3212-1-II-2 du Code de la santé publique)**

Médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

Le .....à .....H .....

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine,

**Type d'exercice :**

Exercice libéral (adresse du cabinet)

.....

.....

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle .....

Né(e) le ..... à .....

Demeurant .....

Et présentant les troubles suivants :

Ces troubles rendent impossible le consentement du patient. Son état représente un péril imminent pour sa santé.

En l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers, son état impose des soins psychiatriques immédiats en application de l'article L.3212-1-II-2 du Code de la santé publique.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4<sup>ème</sup> degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec la personne à admettre en soins.

Signature