

CERTIFICAT D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS
¹ EN URGENCE

Je soussigné(e) Dr [REDACTED] Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour le [REDACTED]

Nom Prénom [REDACTED]

Né(e) le : [REDACTED]

A : [REDACTED]

Département : [REDACTED]

Domicilié [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Vu les circonstances suivantes :

[REDACTED]

J'ai constaté les symptômes suivants :

[REDACTED]

Nature des risques et/ou danger encourus :

[REDACTED]

Les troubles mentaux présentés par M [REDACTED] ne lui permettent pas de donner son consentement.

Ses troubles psychiatriques constituent un risque grave pour son intégrité.

Son état nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante prévus au titre de l'article L.3211-2-1 du CSP.

M [REDACTED] doit par conséquent être admis en soins psychiatriques en urgence selon les termes de **l'article 3212-3 du CSP**.

M [REDACTED] a été informé des soins le concernant et des voies de recours.

Son état de santé lui a permis de faire valoir ses observations.

OU²

L'état de santé du patient ne lui a pas permis de faire valoir ses observations au cours de l'entretien.

Nom et Prénom du médecin

Signature + Cachet

¹ Ce document doit être dactylographié.

² Barrer les mentions inutiles.