

**CERTIFICAT D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES**  
**A LA DEMANDE D'UN TIERS <sup>1</sup> EN URGENCE**

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

Nom Prénom : .....  
Né(e) le : .....  
A : .....  
Département : .....  
Domicilié : .....  
.....  
.....

Vu les circonstances suivantes :

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

J'ai constaté les symptômes suivants :

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

Nature des risques et/ou danger encourus :

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

Les troubles mentaux présentés par M ..... 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 ..... doit par conséquent être admis en soins psychiatriques en urgence selon les termes de l'article 3212-3 du CSP.

Je certifie n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement, ni avec la personne ayant demandé l'hospitalisation, ni avec la personne dont l'hospitalisation est demandée, ni avec le Directeur de l'établissement prononçant l'admission.

Fait à ..... , le

Nom et Prénom du médecin

Signature + Cachet

<sup>1</sup> Ce document doit être dactylographié.