

CERTIFICAT D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS¹
(SPDT simple deux certificats et un tiers)

(Soit 2 médecins extérieurs à l'établissement, soit 1 médecin de l'établissement et médecin extérieur)

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 ou danger encourus :
.....
.....
.....

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

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 selon les termes de l'article 3212-1 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

¹ Ce document doit être dactylographié.