

**CERTIFICAT D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES EN PERIL IMMINENT**

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 et constituent pour lui (elle) une situation de péril imminent.

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 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