

**CERTIFICAT MEDICAL POUR ADMISSION EN SOINS
PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS
DANS LE CADRE D'UNE PROCEDURE D'URGENCE**

Je soussigné(e), _____ Docteur en Médecine,
certifie avoir examiné ce jour :

Mr, Mme, Mlle _____

Né(e) le : ____/____/____ à _____

Domicilié(e) à : _____

et avoir constaté les faits suivants (*description des symptômes sans précision de diagnostic*).

Il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

Ces troubles rendent impossible son consentement, alors que son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier.

En conséquence, ceci justifie son admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers sous forme d'une hospitalisation complète dans le cadre d'une procédure d'urgence conformément aux termes de l'article [L 3212-3](#) du Code de la Santé Publique.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature, Tampon et N° d'Ordre du médecin rédacteur :