

**CERTIFICAT MEDICAL POUR ADMISSION EN SOINS
PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS**

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*).

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 selon les dispositions actualisées du Code de la Santé Publique ([article L 3212-1-II-1°](#))

Je certifie n'être ni parent, ou allié au quatrième degré inclusivement, ni avec la personne ayant demandé l'admission, ni avec la personne dont l'admission est demandée.

Fait à _____, le ____/____/____

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