

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES

SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT

- 🟢 PROCÉDURE NORMALE – arrêté du Préfet – conformément à l'article L 3213-1 du Code de la santé publique
- 🟢 PROCÉDURE D'URGENCE – arrêté du Maire - conformément à l'article L 3213-2 du Code de la santé publique

Je soussigné(e), Docteur (nom, prénom) :

Exerçant à (adresse ou établissement d'exercice) :

Certifie avoir examiné le : / /

Mme / M Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Né(e) le : / /

à :

Résidence habituelle :

Et avoir constaté les troubles mentaux suivants (*constater l'état mental de la personne malade, indiquer les caractéristiques de la maladie, la nécessité de recevoir les soins et l'absence de consentement à ses soins de la personne*)

Les troubles rendent impossible son consentement et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public. Son état de santé nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en milieu hospitalier dans un établissement habilité au titre de l'article L 3222-1 du Code de la santé publique.

Dans ses conditions, je demande l'admission en soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'Etat pour une période d'observation et de soins initiale de 72h en hospitalisation complète au Centre Hospitalier

Le patient est informé de la mesure et des raisons qui la motivent.

J'atteste que je ne suis ni parent, ni allié au 4ème degré inclusivement avec la personne faisant l'objet de ces soins.

Fait à : le : à : h min

Signature, RPPS et tampon