

- ☐ *SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS, procédure normale, conformément à l'article L3212-1 II 1° du Code de la santé publique*
- ☐ *SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS, procédure d'urgence, conformément à l'article L 3212-3 du Code de la Santé publique*
- ☐ *SOINS PSYCHIATRIQUES PÉRIL IMMINENT, conformément à l'article L 3212-1 II 2° du Code de la santé publique*

**CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT**

Je soussigné(e), Docteur _____ exerçant _____,

Certifie avoir examiné le :

NOM : _____ PRENOM : _____

Nom de naissance :

Né(e) le : _____ lieu de naissance : _____

Domicilié(e) :

Et avoir constaté les troubles mentaux suivants :

Ses troubles rendent impossible son consentement, l'état de santé de _____ nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en milieu hospitalier dans un établissement régi par la loi 2013-869 du 27 septembre 2013. Dans ces conditions, je demande l'admission en soins psychiatriques sans consentement pour une période d'observation et de soins initiale de 72h en hospitalisation complète au centre hospitalier Ravenel 88500 MIRECOURT.

Je certifie, par ailleurs, n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement, ni avec le tiers demandant les soins, ni avec le praticien ayant produit le certificat médical d'admission, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec le patient.

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

Fait à Mirecourt,
Le _____ à _____ h _____ mm

Docteur
Numéro de RPPS