



## CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES DANS LE CAS DE PÉRIL IMMINENT

*Délivré par le Médecin selon les dispositions du Code de la Santé Publique (Article L 3212-1-II-2°).*

Je soussigné(e), Docteur ....., médecin, certifie avoir examiné ce jour :

.....  
né(e) le ....., à .....,  
âgé(e) de ..... ans, domicilié(e) à : .....

.....  
qui présente (*état mental de la personne, caractéristiques de sa maladie*) :  
.....  
.....

Ces troubles rendent impossible son consentement à des soins pourtant indispensables de façon immédiate, sous surveillance constante en milieu hospitalier, d'autant qu'existe un péril imminent pour la santé de la personne. En conséquence, ceci justifie son Admission en Soins Psychiatriques dans un établissement habilité selon les normes établies par le Code de la Santé Publique.

*Le patient a été informé*

Fait à

Le

Signature