



## CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS

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

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

.....

né(e) le ....., à .....,

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

.....

.....

qui présente :

.....

.....

Ces troubles rendent impossible son consentement. 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.

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

*Le patient a été informé*

Fait à

Le

Signature