

« SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT »

(Article L. 3213-2 du code de la santé publique)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e).....

Docteur en médecine exerçant à

Certifie avoir examiné ce jour :

M, Mme

Né(e) le à:.....

Domicilié(e) à :

Profession :

.....

et avoir constaté les troubles suivants* :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

J'atteste que les troubles mentaux présentés par M/Mme
représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes et nécessitent son
admission provisoire en soins psychiatriques sans consentement, en application des
dispositions de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique.

Fait à le
(Signature et cachet du médecin)

*

La rédaction doit être **circonstanciée**. Il est donc nécessaire que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés ; lorsque le patient ne peut être abordé ou approché et ce de façon exceptionnelle, le certificat le mentionne et précise l'origine des faits rapportés, sans identification des personnes rapportant les faits.

Le médecin doit décrire les symptômes évoquant l'existence de troubles mentaux et les attitudes susceptibles de compromettre de façon grave la sûreté des personnes ou l'ordre public. Le médecin doit également préciser que les troubles rendent impossible son consentement.