

**Cette demande est accompagnée d'un 2<sup>ème</sup> certificat et de la demande du tiers**

**A REDIGER SUR PAPIER A EN-  
TETE  
DU MEDECIN PRESCRIPTEUR  
OU DU CENTRE HOSPITALIER**

**CERTIFICAT MEDICAL EN VUE D'UNE ADMISSION  
EN SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS  
Dans le cadre de la procédure  
visée à l'Article L.3212-1 – II - 1° du Code de la Santé Publique**

Je soussigné, Docteur ....., exerçant .... certifie avoir examiné

le : **(date jj/mm/aaaa)**

M : **(Nom, Prénom)**

Né(e) le :

Profession :

Demeurant : **(Adresse précise)**

et avoir constaté qu'il (elle) présente les troubles suivants :

***(certificat circonstancié, identifiant l'état psychiatrique de la personne, précisant les manifestations cliniques et les symptômes, explicitant l'absence de consentement)***

J'atteste que ses troubles rendent impossible son consentement à l'hospitalisation, que son état impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier et qu'il convient de le (la) faire hospitaliser sans son consentement, en hospitalisation complète dans un établissement habilité (article L.3222-1), en vertu de l'**Article L.3212-1 – II - 1° du Code de la Santé Publique**.

Je certifie par ailleurs n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement avec :

- la personne hospitalisée,
- le tiers demandant l'hospitalisation,
- le médecin ayant rédigé le premier certificat,
- le Directeur de l'établissement.

Fait à ....., le **Date et heure**

**Signature et cachet du médecin**