

Demande acceptée à titre exceptionnel, en cas de péril imminent explicité dans le certificat, ne comportant qu'un seul certificat médical et une attestation des démarches faites pour trouver un 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 EN CAS DE PERIL IMMINENT
Dans le cadre de la procédure
visée à L'Article L.3212-1 – II - 2° du code de la Santé Publique**

Je soussigné, Docteur, exerçantcertifie 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 constitue un **péril imminent pour sa santé** et 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 - 2° 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 Directeur de l'établissement.

Fait à....., le **Date et heure**

Signature et cachet du médecin