

# CERTIFICAT MÉDICAL

## SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS (article L.3212-1 et L.3212-3 du Code de la Santé Publique)

Je soussigné (1) ....., Docteur en Médecine,  
certifie avoir examiné ce jour (2) M.....  
.....  
.....  
et avoir constaté (3)

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

J'atteste que :  
- son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 du Code de la Santé Publique.  
- Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement.

M. ....

Doit être admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers au Centre Hospitalier Drôme-Vivarais, conformément à l'article L.3212.1 du Code de la Santé Publique.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4<sup>ème</sup> degré, ni du confrère certificateur, ni du patient, ni de la personne demandant l'hospitalisation, ni du directeur de l'établissement d'accueil.

Fait à ....., le .....

**Nom et signature du médecin**

(1) nom du médecin  
(2) nom, prénom, date de naissance et adresse du patient  
(3) art. L.3212-1 : « le certificat médical constate l'état mental de la personne malade à soigner, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins »

