

# SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS

## CERTIFICAT MÉDICAL PROCÉDURE D'URGENCE (article L.3212-3 du CSP)

Je soussigné ..... ,Docteur en Médecine,  
certifie avoir examiné M. ....  
Né(e) le .....  
Domicilié(e) .....

et avoir constaté  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- 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.
  - Son état de santé présente un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

M. ....  
doit être admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers au CH Drôme Vivarais conformément à l'article L.3212.3 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