

# SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS EN CAS DE PERIL IMMINENT

## CERTIFICAT MÉDICAL DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE AU CENTRE HOSPITALIER DE <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_, Docteur en médecine  
exerçant à (Adresse professionnelle) \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné

Le<sup>2</sup> :

Madame, Mademoiselle, Monsieur<sup>3</sup>

né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

demeurant : \_\_\_\_\_

profession : \_\_\_\_\_

qui présente les symptômes suivants :

Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement et son état mental impose des soins immédiats assortis

D'une surveillance médicale constante étant donné le péril imminent et l'impossibilité d'obtenir une demande d'un tiers (L.3212-1 du CSP) → Justifier l'absence de tiers :

Je ne suis ni parent ni allié, au quatrième degré inclusivement, avec

- M<sup>4</sup>
- ou le Directeur du Centre Hospitalier de \_\_\_\_\_.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Docteur

Cachet

<sup>1</sup> Préciser le nom de l'établissement (ex : FBS de Picauville, FBS de Saint-Lô, etc.)

<sup>2</sup> Date de l'examen

<sup>3</sup> Prénom et nom du patient

<sup>4</sup> Prénom et nom du patient