

# SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS

## 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 risque grave d'atteinte à son intégrité (L.3212-1 du CSP)*

**OU**

*D'une surveillance médicale constante étant donné la situation d'urgence (L.3212-3 du CSP)*

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

- *l'auteur de la demande manuscrite*
- *M<sup>4</sup>*
- *le Docteur<sup>5</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

<sup>5</sup> Nom du médecin signataire du premier certificat médical

L.3212-1 du CSP : dans le cas de soins à la demande d'un tiers « Procédure normale » ➤ 2 certificats médicaux (un d'un médecin hors établissement, un d'un médecin de l'établissement) et une demande manuscrite du tiers)

L.3212-3 du CSP : **en cas d'urgence** ➤ un seul certificat médical d'un médecin exerçant ou non dans l'établissement et une demande manuscrite du tiers.