

Certificat médical

Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état – Dispositif d'urgence

- *Le comportement de la personne révèle des troubles mentaux manifestes*
- *Le comportement de la personne présente un danger manifeste pour la sûreté des personnes*

Je soussigné(e)

NOM _____

Prénom _____

Adresse complète _____

agissant en qualité de médecin psychiatre

(le médecin psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil)

Certifie avoir examiné ce jour :

Mme ou M (NOM, Prénom) _____

né(e) le _____

à _____

domicilié(e) à _____

et avoir constaté les symptômes suivants :

*(description de l'état mental du malade et son comportement, agitation, délire, idées de suicide... , en insistant sur les éléments cliniques préoccupants : **ne pas mentionner le diagnostic.**)*

Cet état nécessite l'admission en soins psychiatriques d'urgence selon l'article L.3213-2 du code de santé publique.

Certificat établi à _____ , le _____
(adresse) (date et heure)

Signature _____