

**CERTIFICAT MEDICAL EN VUE D'UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES  
SANS CONSENTEMENT DU PATIENT**

**Article L.3212-1-II-1 du code de la santé publique  
(Admission à la demande d'un tiers)**

Je soussigné, .....Docteur en médecine  
Exerçant à .....

Ai été amené à examiner M .....

Né(e) le : ..... à.....

Domicilié(e) à .....

.....

Dans les circonstances suivantes

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

M ..... présente des troubles du comportement se manifestant  
par

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

Je certifie que M.....présente des troubles mentaux rendant impossible son consentement et justifiant de soins immédiats assortis d'une surveillance constante dans un établissement de santé mentionné à l'article 3222-1 du Code de la santé publique, en application de l'article L.3212-1-II-1 du code de la santé publique, portant sur une admission sur demande d'un tiers.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4ème degré inclus ni avec le directeur de l'établissement de santé, ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni avec la personne à hospitaliser, ni avec le médecin signataire de l'autre certificat médical d'admission..

Fait à ..... le .....à.....h.....

Signature :

Modèle de certificat destiné aux  
médecins extérieurs à l'établissement