1. **Modèle de certificat à utiliser pour une admission en soins psychiatriques**
2. **Editer ce document *(ces quelques lignes sont masquées et n’apparaîrtont pas le doucment seront donc sur une page…)***
3. **Cocher les cases CERTIFICAT ou AVIS aux deux endroits prévus**
4. **Ce certificat doit être CIRCONSTANCIÉ :** *description détaillée –sans diagnostic – des troubles et des circonstances dans lesquels ils se sont manifestés)*
5. **Ne pas oublier la signature, le cachet et la date !** *(Signature et cachet précisant l’établissement du médecin signataire, Service, N°RPPS)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CERTIFICAT MEDICAL**  **AVIS MEDICAL**

**NECESSAIRE POUR LA MISE EN PLACE**

**D’UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES**

**SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L’ETAT**

*(Article L3213-1 du code de la santé publique)*

Je soussigné(e)

Docteur en médecine exerçant à

certifie ce qui suit concernant :

🗆 Madame 🗆 Monsieur

Né(e) le \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ à

Domicilié(e) à

\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**CERTIFICAT (EXAMEN DU PATIENT)**  **AVIS (EXAMEN DU PATIENT IMPOSSIBLE)**

Présente les troubles suivants :

*(Certificat : description détaillée – sans diagnostic – des troubles et des circonstances dans lesquels ils se sont manifestés*

*Avis : description des éléments en la possession du médecin concernant les troubles mentaux connus et les circonstances qui compromettent, de manière imminente, la sûreté des personnes)*

Cette personne nécessite des soins et présente un **danger imminent** pour la sûreté des personnes. Les conditions de l’article L. 3213-1 du CSP sont donc réunies (admission en soins psychiatriques sans consentement).

 Je suis dans l’impossibilité matérielle de dactylographier ce certificat

Fait à ……………………………… le \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ à \_\_ \_\_ h \_\_ \_\_

(Signature et cachet précisant l’établissement du médecin signataire, Service, N°RPPS)