

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

**Article L.3212-1-II-2 du code de la santé publique**

**(Admission en cas de péril imminent, en l'absence de demande de 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, **compte-tenu du péril imminent**, 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-2 du code de la santé publique, portant sur une admission en soins psychiatriques sans consentement.

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 la personne à hospitaliser.

Fait à .....: le .....  
Signature :

Modèle de certificat destiné aux  
médecins extérieur à l'établissement