

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
SOINS SUR DÉCISION DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT

« Pour information des partenaires extérieurs ⇨ ce certificat ne concerne que les médecins n'exerçant pas au Centre Psychothérapique de Nancy »

Je soussigné, Docteur.....certifie avoir examiné ce jour
M., Mme, Melle
né(e) le à
demeurant à
profession.....

et avoir constaté les troubles suivants :

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

Il en résulte que cette personne présente des troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui portent atteinte de façon grave à l'ordre public ou compromettent la sureté des personnes.

Par conséquent l'état de santé actuel de M, M^{me}, M^{elle} :

.....
rend impossible son consentement et nécessite une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état conformément à l'article L. 3213 - 1 du code de la santé publique dans un établissement mentionné à l'article L. 3222 - 1 du code de la santé publique.

Fait à
le/...../.....
Docteur