

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
EN CAS PÉRIL IMMINENT

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

Je soussigné, Docteur.....certifie que
M., Mme, Melle
né(e) leà
demeurant à
profession.....

présente des troubles mentaux qui rendent impossible son consentement et que son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière.

Au regard du péril imminent pour la santé de la personne, cette admission doit s'effectuer conformément à l'article L. 3212-1 II 2° du Code de la Santé Publique.

Je certifie, par ailleurs, n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec le patient.

Délivré à
le/...../.....
Docteur