

**CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ  
SOINS PSYCHIATRIQUES  
SUR DÉCISION DU DIRECTEUR  
À LA DEMANDE D'UN TIERS**

SDT (article L.3212-1-II-1 du Code de la Santé publique)

Je soussigné(e), docteur Nom Prénom

En Médecine :

Exerçant à

Certifie avoir examiné le \_\_\_\_\_ à (heure)

M / Mme NOM Attention à ce que l'orthographe soit conforme à la carte d'identité Nom de naissance

Prénom

Né(e) le \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

Exerçant la profession de

Domicilié(e)

Qui présente l'état de santé mentale uivant (description clinique précise des symptômes et des troubles mentaux) :

J'atteste que ces troubles mentaux :

- rendent impossible son consentement
- nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante dans un établissement de santé spécialisé, au sens de l'article L. 3222-1 du Code de la Santé Publique.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4ième degré, ni du confrère certificateur, ni du patient, ni de la personne demandant l'admission en soins psychiatriques, ni du directeur de l'établissement.

Tampon

Signature