

CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DÉCISION DU REPRÉSENTANT DE L'ETAT

SDREU (article L.3213-2 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

Prénom

Né(e) le

À

Exerçant la profession de

Domicilié(e)

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

J'atteste que ces troubles mentaux :

- font courir un danger imminent pour la sûreté des personnes
- 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 patient, ni du directeur de l'établissement.

Tampon

Signature