

CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ
SOINS PSYCHIATRIQUES
SUR DÉCISION DU DIRECTEUR
PROCÉDURE D'URGENCE

SDTU (article L.3212-3 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 :

- présentent un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade
- rendent impossible son consentement
- et qu'au regard de l'urgence 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 4^{ème} degré, ni du patient, ni du directeur de l'établissement.

Tampon

Signature