

CERTIFICAT MEDICAL POUR UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR PERIL IMMINENT

ARTICLE L.3212.1 II 2° - En cas de péril imminent

Je soussigné(e), Docteur n'exerçant pas
au sein de l'établissement d'accueil

Certifie avoir examiné ce jour :

M.....

Né(e) le

Domicilié(e)

Cette personne présente les troubles mentaux
suivants :

.....
.....

Ces troubles rendent impossible son consentement. Son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante, justifiant une hospitalisation complète.

Il existe un péril imminent pour sa santé qui nécessite de recevoir des soins en milieu hospitalier caractérisé par :

J'atteste qu'il s'avère impossible d'obtenir une demande d'un tiers (cf. Tableau des démarches ci-après à compléter). Elle doit être hospitalisée conformément aux dispositions de l'article L3212.1 II 2° du Code de la Santé Publique.

L'intéressé(e) a pu faire valoir ses observations.

En raison de l'état clinique de l'intéressé(e), ses observations n'ont pu être recueillies.

Fait à

Le
Heure

 Signature du Médecin



TABLEAU DES DEMARCHES

L'admission en soins sans consentement d'une personne s'effectue en premier lieu suivant la procédure de l'art. L3212.1 ou L3212.3 du Code de la Santé Publique.

La procédure d'admission en péril imminent n'intervient qu'à défaut de n'avoir pu engager les procédures précédentes.

Elle n'est mise en œuvre qu'après que le médecin ait effectué les démarches nécessaires afin d'obtenir le consentement d'un tiers et que ces démarches soient restées infructueuses ; si et seulement si l'état du patient présente un risque grave d'atteinte à son intégrité.

Le tiers au sens de l'article L3212-1 II 1° :

« membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci. »

Nom, prénom	Lien de parenté, qualité	Contact (mail, adresse, portable ...)	Date et heure de la prise de contact	Acceptation ou Refus

✍ Signature du Médecin