

N° 1

**CERTIFICAT MEDICAL CIRCONSTANCIE NECESSAIRE A UNE ADMISSION EN SOINS
PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT**

(Article L. 3213-1 CSP)

**Ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil
Ce certificat doit être dactylographié**

Je soussigné(e), docteur¹ :.....
certifie ce qui suit concernant :

Nom du patient (si possible renseigner les 2 rubriques) :	Demeurant :
Nom de famille (nom de naissance) :
Nom d'usage (épouse, ...) :
Prénom :
Né(e) le : à	

Eléments d'information communiqués par les forces de l'ordre ou les services de secours ou toute autre personne motivant la demande d'admission :

Je certifie avoir constaté qu'il (elle) présente les troubles mentaux suivants :
(description **détaillée** des symptômes ou troubles du comportement du patient motivant la demande)
cf article 76 du code de déontologie²

Observations complémentaires / Eléments rapportés par le patient (éventuellement) :

J'atteste que ses troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

Fait à

Le

Dr

Signature/Cachet

(Préciser le service/l'établissement/le cabinet concerné/mettre cachet) ou n° RPPS

¹ Médecin thésé ou remplaçant thésé inscrit à l'ordre des médecins, non psychiatre de l'établissement d'accueil

² L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci.