

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

CERTIFICAT MÉDICAL PÉRIL IMMINENT (article L.3212-1 du CSP)

Je soussigné , Docteur en Médecine,

certifie avoir examiné M.

Né(e) le

Domicilié(e)

.....

et avoir constaté

.....

.....

.....

.....

.....

.....

J'atteste que :

- son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 du Code de la Santé Publique.
- Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement.
- Son état de santé présente un péril imminent pour la santé de la personne

Étant donné qu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers dans les conditions prévues par la loi, M. doit être admis en soins psychiatriques sans son consentement, sans demande de tiers au CH Drôme Vivarais conformément à l'article L.3212.1 du Code de la Santé Publique.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4^{ème} degré, ni du confrère certificateur, ni du patient, ni de la personne demandant l'hospitalisation, ni du directeur de l'établissement d'accueil.

Fait à , le

Nom et signature du médecin