

**Modèle de certificat à dactylographier* par le médecin traitant
sur ordonnance portant justification de son inscription à l'Ordre des Médecins**
** si le certificat ne peut être dactylographié le médecin doit en justifier.*

**CERTIFICAT MEDICAL D'ADMISSION
EN SOINS PSYCHIATRIQUES POUR PERIL IMMINENT**

Je soussigné, Docteur, médecin à, certifie avoir examiné
ce jour :

M

Né le

Domicilié

Profession

Et avoir constaté les éléments cliniques suivants :

-
-
-
-
-

L'état mental de M rend impossible son consentement et impose
des soins immédiats assortis de surveillance constante en milieu hospitalier, dans le cadre d'un
péril imminent.

M doit être admis(e) en soins psychiatriques pour péril
imminent, conformément à l'article L 3212-1 2° du code de la Santé Publique, dans un
établissement habilité au sens de l'Article L.3222-1 du Code de la Santé Publique.

Je certifie n'être parent ou allié, au quatrième degré inclus, ni du Directeur de l'établissement
dans lequel la personne sus-citée sera accueillie, ni de la personne demandant les soins, ni de
la personne nécessitant des soins.

Fait à, le