

MODELE CERTIFICAT OU AVIS MEDICAL
Cochez la case correspondante

CERTIFICAT MEDICAL ou **AVIS MEDICAL**

**NECESSAIRE POUR LA MISE EN PLACE DE MESURES PROVISOIRES
A L'INITIATIVE DU MAIRE EN VUE D'UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT
(Article L3213-2 du code de la santé publique)**

Je soussigné(e).....
Docteur en médecine exerçant à

certifie ce qui suit concernant :

M, Mme
Né(e) le à
Domicilié(e) à

CERTIFICAT (EXAMEN DU PATIENT)

Présente les troubles suivants :

(description détaillée –sans diagnostic – des troubles et des circonstances dans lesquels ils se sont manifestés)

.....
.....
.....
.....

OU

AVIS MEDICAL (EXAMEN DU PATIENT IMPOSSIBLE)

(description des éléments en la possession du médecin concernant les troubles mentaux connus et les circonstances qui compromettent, de manière imminente, la sûreté des personnes)

.....
.....
.....
.....

Cette personne nécessite des soins et présente un **danger imminent** pour la sûreté des personnes. Les conditions de l'article L. 3213-2 du CSP sont donc réunies (admission en soins psychiatriques sans consentement).

Je suis dans l'impossibilité matérielle de dactylographier ce certificat/avis

Fait à le àh
(signature et cachet précisant l'établissement du médecin signataire, Service, N°RPPS)