

**CERTIFICAT MEDICAL POUR ADMISSION EN SOINS
PSYCHIATRIQUES DANS LE CADRE DU PERIL IMMINENT**

Je soussigné(e), _____ Docteur en Médecine,
certifie avoir examiné ce jour :

Mr, Mme, Mlle _____

Né(e) le : ____/____/____ à _____

Domicilié(e) à : _____

et avoir constaté les faits suivants (*description des symptômes sans précision de diagnostic*).

Il existe un péril imminent pour la santé de la personne.

Ces troubles rendent impossible son consentement, alors que son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier.

En conséquence, ceci justifie son admission en soins psychiatriques conformément aux termes de l'article [L 3212-1-II-2°](#) du code de la santé publique.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature, Tampon et N° d'Ordre du médecin rédacteur :