

 <p>CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE SARREGUEMINES</p>	FORMULAIRE TYPE	Page : 1/2
	SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL CIRCONSTANCIE N° 1	Référence : FTYP-S-019 Version : 01 Date d'application : Dès réception Màj : 25.09.2012

Docteur :

Adresse :

N° :

Je soussigné Docteur

domicilié

certifie avoir examiné ce jour, M., Mme (NOM, PRENOM)

né(e) le

Demeurant, profession

et avoir constaté les troubles suivants : (Constater l'état mental de la personne malade, indiquer les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En conséquence, ces troubles rendent impossible son consentement ; son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier (habilité au titre de l'article L.3222.1 du Code de la Santé Publique)

Il (elle) doit donc être hospitalisé(e) sur demande d'un tiers selon les termes de l'article L.3212.1 du Code de la Santé Publique (ou de l'article L 3212-1 II 2° du Code de la Santé Publique en cas de « péril imminent »)

Je certifie ne pas être parent ou allié, au 4^{ème} degré inclus, avec cette personne, avec le tiers demandeur, avec le Directeur de l'hôpital d'accueil et avec le médecin rédacteur de l'autre certificat*.

Fait à, Le

SIGNATURE

(* : CECI NE POUVANT BIEN-SUR ETRE CERTIFIE QUE PAR LE REDACTEUR DU 2^{ème} CERTIFICAT)

RAPPELS

- validité du certificat : 15 jours.
- Le Médecin qui établit le 1^{er} certificat ne doit pas exercer dans l'établissement accueillant le malade.