

 <p>CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE SARREGUEMINES</p>	FORMULAIRE TYPE	Page : 1/2 Référence : FTYP-S-020 Version : 01
	CERTIFICAT MEDICAL Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat Procédure d'urgence – « Péril imminent »	Date d'application : Dès réception Màj : 25.09.2012

CERTIFICAT MEDICAL MEDECIN EXTERIEUR
Je soussigné, Docteur : _____
Exerçant à : _____
certifie avoir examiné le : _____ à _____ h _____
M _____
Né(e) le _____ à _____
Domicilié(e) : _____ _____
Et avoir constaté que son comportement révèle des troubles mentaux manifestes suivants : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
<p>J'atteste que ses troubles mentaux nécessitent des soins, représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes, ou portent de façon grave atteinte à l'ordre public et nécessitent son admission au Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines (établissement habilité selon l'art. L. 3222-1 du Code de la Santé Publique) sous le mode de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état, en application de l'article L. 3213-2 du Code de la Santé Publique.</p>
Lieu, date et signature

NB : Dans le cas où le médecin n'a pas son cachet, il précise son N° d'ordre. Pour les remplaçants, ils font figurer leur N° ADELI.

Modèle d'arrêté municipal signé par le maire :

Le maire de la commune de :

Vu les articles L.2212-1 et L.2212-2 alinéa 6 du code général des collectivités territoriales, vu l'article L.3213-2 du code de la santé publique,

Vu le certificat médical daté du : de M. ou Mme le docteur :

Considérant que l'état de santé de Mme, Mlle, M. : Né(e) le : à :
..... demeurant à : le rend dangereux pour lui-même et pour autrui, et nécessite son hospitalisation en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état dans un établissement mentionné à l'article L3222-1 du code de la santé publique ;

ARRÊTE

Article 1 :
est ordonné le placement en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état au centre hospitalier de:..... de Mme, M. : Né(e) le : à :
demeurant à :

Article 2 :
les frais de transport et d'hospitalisation seront réglés par l'organisme d'assurance maladie dont il (elle) relève.

Article 3 :
l'ampliation du présent arrêté accompagnée du certificat médical sera transmise dans les 24 heures à Mme ou M. le préfet de:....., à l'ARS, et à l'ambulancier du centre hospitalier de:.....

Article 3 :
Le Maire ou son représentant est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à : le :

Le maire, signature :

Cachet :