

	FORMULAIRE TYPE	Page : 1/1
	<b>SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT MODELE CERTIFICAT MEDICAL CIRCONSTANCIE</b>	Référence : FTYP-S-022 Version : 01  Date d'application : Dès réception  Màj : 25.09.2012

**Docteur :** .....

**Adresse :** .....

**N° :** .....

Je soussigné Docteur .....

domicilié .....

certifie avoir examiné (ou tenté d'examiner) ce jour, M., Mme (NOM, PRENOM)

....., né(e) le .....

Demeurant ....., profession .....

et avoir constaté les troubles suivants : **(Décrire l'état de santé sans précision diagnostique).**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ces troubles liés à une affection mentale nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public

Dans ces conditions, le malade doit être hospitalisé dans un établissement habilité au titre de l'article L.3222.1 selon les termes de l'article L. 3213.1 du Code de la Santé Publique.

Fait à ....., le ..... Signature.