



Hôpital :

**Avis médical en cas d'impossibilité d'examiner le patient
dans le cadre d'une demande de mainlevée de soins sans consentement à la demande d'un tiers
(article L3212-9 du Code de la santé publique)**

Délégation territoriale :
Date et heure de début de la prise en charge :
Mode d'entrée :
Entrée N° :

Forme actuelle de la prise en charge : hospitalisation complète
 programme de soins

Vu la demande de mainlevée présentée au directeur de l'établissement le.....par
M/Mme/Melle.....en qualité de(une des
personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L.3212-1 CSP)

Je, soussigné.....psychiatre de l'établissement d'accueil

- certifie être dans l'impossibilité de procéder à l'examen médical de :

M/Mme/Melle.....
Né(e) le :
Domicilié(e) :

Pour le motif suivant :

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

- atteste que, sur la base du dossier médical, l'arrêt des soins psychiatriques entrainerait un péril imminent
pour la santé du patient pour les motifs suivants :

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

A heuresle.....

Signature