MODELE 7

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Hôpital :

Certificat médical 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

Atteste que l'arrêt des soins psychiatriques concernant :

M., Mme, Mlle ……..
Né(e) le……..

Entrainerait un péril imminent pour la santé du patient pour les motifs suivants :
……
……
……
……
……

A .....le……

Signature

NB : cet avis doit dater de moins de 24 heures à compter de la demande présentée au directeur.