MODELE 23

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Hôpital :

Certificat médical de 24 heures
(article L.3211-2-2 Code de la santé publique)

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

Régime d'admission en soins psychiatriques sans consentement :
☐ à la demande d'un tiers
☐ en cas de péril imminent
☐ à la demande d'un tiers en urgence
☐ sur décision du représentant de l'Etat

Le .....à …… h……

Je soussigné(e)…….. Psychiatre

Certifie que :

M., Mme, Mlle ……..

Né(e) le …… à ……

Demeurant ……

☐ Cet état mental n'impose pas la poursuite des soins et ne nécessite pas la prolongation de la mesure de soins psychiatriques sans consentement.

☐ Cet état mental impose la poursuite des soins et nécessite la prolongation de la mesure de soins psychiatriques sans consentement.

Signature

NB : Le présent certificat médical émane du psychiatre de l'établissement d'accueil habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte sauf si le patient n'a pas encore été transféré, dans le délai de 48 heures, dans cet établissement. Dans ce cas, ce certificat peut être effectué par un psychiatre du service des urgences.