MODELE 28

Hôpital :

Certificat médical de demande de transformation de soins psychiatriques à la demande d'un tiers en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
(article L.3212-9 du Code de la santé publique)

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

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

Forme actuelle de prise en charge :
- ☐ hospitalisation complète
- ☐ programme de soins

depuis le :……

A l'égard de :

M., Mme, Mlle……

Né(e) le …… à ……

Demeurant ……

Vu la demande de mainlevée de la mesure par une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L.3212-1,

Je soussigné(e),……, psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil,

certifie avoir examiné le patient et constaté les troubles suivants :

En conséquence, l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Je demande l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat du patient à compter de ce jour en application de l'article L.3212-9 du Code de la santé publique.

Le .....à …….h……

Signature