

**Premier certificat médical**  
**Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers**  
**(Art. L3212-1-II-1° CSP)**

Le  à  heure(s)

Je soussigné(e),  Docteur en médecine,

Fonction / Adresse professionnelle

Certifie avoir examiné :

M., Mme

Né(e) le

à

Demeurant

Son état mental à ce jour (*description – en application de l'article L. 3212-1 II 1° alinéa 4 du Code de la santé publique, le premier certificat médical constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins.*)

Ses troubles rendent impossible son consentement et son état impose des soins psychiatriques immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une pris en charge sous une autre forme qu'une hospitalisation complète incluant des soins ambulatoires.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4<sup>ème</sup> degré inclusivement avec le médecin établissant le second certificat, ni avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec l'auteur de la demande d'admission ni avec la personne à admettre en soins.

Signature