



**Second 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)
Nom, prénom Docteur en médecine,

Fonction / Adresse professionnelle

Certifie avoir examiné :

M., Mme

Né(e) le à

Demeurant

Son état mental à ce jour :

Ses troubles rendent impossible son consentement. 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 prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète incluant des soins ambulatoires.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4^{ème} degré inclusivement avec le médecin établissant le premier 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

NB : ce second certificat médical peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le malade (c'est-à-dire l'établissement habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte).