

**Avis médical en cas d'impossibilité  
d'examiner le patient  
(examen mensuel prévu par l'article L.3212-7 du CSP)  
(SPDT ou PI)**

Nom et prénom du patient :

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Le(a) patient(e) a été admis(e) le  **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

Je soussigné, Docteur  certifie être dans l'impossibilité de  
procéder à l'examen médical de M.  et j'établis le  
présent avis sur la base du dossier médical de ce(tte) patient(e).

Motif de l'impossibilité d'examiner le patient :

Avis médical se substituant au certificat :

Le  à

Signature