

**Avis médical en cas d'impossibilité  
d'examiner le patient  
(examen mensuel prévu par l'article L.3213-3 CSP) (SDRE)**

Nom et prénom du patient :

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Admis(e) le  à

Le(a) patient(e) a été admis(e) **en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.**

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