



Hôpital :

**Certificat médical aux fins de levée des soins psychiatriques sans consentement  
(Article L.3212-8 et L.3213-5 du Code de la santé publique)**

Délégation territoriale :

Date et heure de début de la prise en charge :

Mode d'entrée :

Entrée N° :

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
- ☐ sur décision du représentant de l'Etat

Forme actuelle de la prise en charge :

- ☐ période d'observation de 72h
- ☐ hospitalisation complète
- ☐ programme de soins

Je soussigné(e)..... Psychiatre de l'établissement d'accueil,

Certifie avoir examiné le.....à.....heures\*..... :

M., Mme, Mlle .....

Et constaté que (ce certificat doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En conséquence, j'atteste que les conditions ayant justifié la mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement du patient ne sont plus réunies. Mention du présent certificat médical est faite dans le registre prévu à l'article L. 3212-11 CSP.

A ....., le.....

Signature