



Hôpital :

**Certificat médical de demande de sortie accompagnée de moins de 12 heures
(article L3211-11-1 du Code de la santé publique)**

Patient (nom, prénom) :
Date de naissance :
Délégation territoriale :
Date de début de la prise en charge :
Mode d'entrée :
Entrée N° :

Forme actuelle de la prise en charge : période d'observation de 72h
 hospitalisation complète programme de soins

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

Leà h.....

Je soussigné(e)..... Psychiatre responsable de la structure médicale concernée,

Certifie que :

M., Mme, Mlle

Peut bénéficier d'une sortie accompagnée de moins de 12 heures

du de h à.....h.....

par :

- membre(s) du personnel de l'établissement
- un membre de sa famille
- sa personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique

pour les motifs suivants :

Signature