



Hôpital :

Certificat médical dit de 72 heures (article L3211-2-2 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

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

Certifie avoir examiné :

M., Mme, Mlle

Né(e) le à

Demeurant

Et au vu des éléments suivants :

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

Certifie que :

- Cet état mental n'impose pas la poursuite des soins et ne nécessite pas la prolongation de la mesure de soins psychiatriques sans consentement
- Cet état impose la poursuite des soins et nécessite la prolongation de la mesure de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète.
- Cet état impose la poursuite des soins et nécessite la prolongation de la mesure de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une prise en charge ambulatoire définie par un programme de soins établi conjointement au présent certificat.

- J'ai pu informer, de manière adaptée à son état, le patient le.....du projet de maintien des soins psychiatriques sous la forme définie par le présent certificat ; le patient a été mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à cet état.

- Je n'ai pas pu informer le patient du projet de maintien des soins psychiatriques sous la forme définie par le présent certificat, son état n'étant pas adapté à une telle information. Cette information lui sera transmise dès que son état le permettra.

Leà h.....

Signature

- cocher la mention utile