

**CERTIFICAT MÉDICAL EN VUE D'UNE ADMISSION**  
**EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT DU PATIENT**  
**Article L.3212-1-II-1 du code de la santé publique**  
**(Admission à la demande d'un tiers)**

Je soussigné(e), .....  
Docteur en médecine, exerçant au ....., ai été amené(e) à  
examiner ce jour, le ....., à l'heure suivante : .....

**Nom** ..... **Prénom** .....  
**Né(e) le** ..... **Lieu de naissance** .....  
**Adresse** .....

- Dans les circonstances suivantes :

- **M** ..... présente des troubles du comportement se  
manifestant par :

Je certifie que **M** ..... présente des troubles  
mentaux rendant impossible son consentement et justifiant de soins immédiats assortis d'une  
surveillance constante dans un établissement de santé mentionné à l'article 3222-1 du code de la santé  
publique, en application de l'article L.3212-1-II-1 du code de la santé publique, portant sur une  
admission sur demande d'un tiers.

J'atteste que je suis ni parent ni allié au 4<sup>ème</sup> degré inclus ni avec le directeur de l'établissement  
de santé, ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni avec la personne à hospitaliser, ni avec le  
médecin signataire de l'autre certificat médical d'admission.

Fait à ....., le ..... par Docteur : .....

Signature :