

**CERTIFICAT MÉDICAL  
SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DEMANDE  
D'UN TIERS**

Je soussigné(e) Docteur .....

Domicilié(e) à .....

certifie avoir examiné, ce jour M.....

né(e) le / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / à .....

domicilié(e) à .....

Cette personne présente des troubles mentaux caractérisés par :

Etat mental de la personne :

.....  
.....

Caractéristiques de la Maladie :

.....  
.....

Nécessité de recevoir des soins :

.....  
.....

J'atteste que ces troubles mentaux rendent impossible son consentement et que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, mentionné à l'article L.3222-1 du Code de la Santé Publique (Centre Hospitalier la Valette - 23320 Saint Vaury) selon l'article L.3212-1-II.1 du Code de la Santé Publique.

A .....

le / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / à .....H.....

Cachet et Signature

Je suis dans l'impossibilité matérielle de dactylographier ce certificat médical

**NB : dans le cas où le médecin n'a pas son cachet, il reprecise son n° d'ordre. Pour les remplaçants, ils font figurer leur n° ADELI.**