



23320 SAINT VAURY
Tél : 05.55.51.77.00

CERTIFICAT MEDICAL
en vue de Soins psychiatriques sur Décision du
Directeur de l'Etablissement (SDDE)
Procédure de Péril Imminent
Visée à l'art. L3212-1 du code de la Santé Publique

Je soussigné(e), Docteur
exerçant à

Certifie

1) avoir examiné le à heure(s)

M. - Mme - Melle

né(e) le

demeurant à : voie/lieu-dit

Code Postal Ville

2) Avoir constaté les troubles suivants, constituant un péril imminent en raison de l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient, et caractérisés par :

Etat mental de la personne
.....
.....

Caractéristiques de la maladie

.....
.....

Nécessité de recevoir des soins
.....
.....

3) Être dans l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers dans les conditions prévues par la Loi A expliciter (Tiers non identifié, tiers identifié mais non joignable ou ne souhaitant pas signer, tiers ne pouvant se déplacer pour des raisons médicales, etc....)

.....
.....

J'atteste que ses troubles mentaux rendent impossible son consentement aux soins psychiatriques, que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en application de l'art. L3212-1 du code de la Santé Publique.

Fait à Le.....

Cachet et Signature du Médecin

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.

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