



23320 SAINT VAURY
Tél : 05.55.51.77.00

CERTIFICAT MEDICAL
en vue de soins psychiatriques sur Décision Du
Directeur de l’Etablissement (SDDE)
avec demande d’un Tiers (SDT) Procédure d’urgence
Visée à l’Art. L3212.3 du code de la Santé Publique

Je soussigné(e), Docteur

exerçant à

Certifie avoir examiné le à heure(s)

M. - Mme - Melle

né(e) le

demeurant à : voie/lieu-dit

Code Postal Ville

et avoir constaté les troubles mentaux caractérisés par :

Etat mental de la personne :

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

Caractéristiques de la Maladie :

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

Nécessité de recevoir des soins :

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

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. L3212-3 du code de la Santé Publique, que les troubles du patient constituent un **risque grave d’atteinte à l’intégrité du patient.**

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.