



23320 SAINT VAURY  
Tél : 05.55.51.77.00

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**en vue de Soins psychiatriques sur Décision Du**  
**Directeur de l'Établissement (SDDE)**  
**avec Demande d'un Tiers Procédure normale**  
*Visée à l'art. L3212-1 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. L3212-1 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.