

**CERTIFICAT MEDICAL EN VUE D'UNE ADMISSION
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT DU PATIENT
« Procédure Péril Imminent »**

Je soussigné(e), Docteur
Exerçant à
Certifie avoir examiné ce jour :
M.....
Né(e) leà.....
Domicilié(e) à

Dans les circonstances suivantes :
.....
.....
.....
.....

Et avoir constaté les troubles suivants :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ces troubles rendent impossible son consentement à l'hospitalisation et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Devant le péril imminent, son état de santé justifie son admission en soins psychiatriques dans un centre hospitalier mentionné à l'Article 3222-1 en application au 2° du II de l'Article L.3212.1 du Code de la Santé Publique « procédure péril imminent ».

J'atteste que je ne suis ni parent, ni allié au 4^{ème} degré inclus, ni avec le Directeur du Centre Hospitalier, ni avec la personne à hospitaliser.

Fait àle.....àH.....

Signature :