

CERTIFICAT MEDICAL
en vue de soins psychiatriques sur décision
Du Directeur de l'Etablissement (SDDE) avec Demande d'un Tiers (SDT)
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)
Nom (Mme, Melle, M.)
Prénoms
né(e) le
demeurant à : voie/lieu-dit
Code postal Ville
et avoir constaté les troubles suivants :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.

J'atteste que je ne suis ni parent(e) ni allié(e) au 4^{ème} degré inclus ni avec le directeur de l'établissement de santé ni avec la personne à hospitaliser.

Fait à , le

Cachet et signature du médecin

☐ 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 numéro d'ordre.
Pour les remplaçants, ils font figurer leur numéro ADELI.

CERTIFICAT MEDICAL EN VUE DE SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT
AVEC DEMANDE D'UN TIERS
PROCEDURE NORMALE