

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)**

Nom (Mme, Melle, M.)

Prénoms

né(e) le

demeurant à : voie/lieu-dit

Code postal **Ville**

2) avoir constaté les troubles suivants, de nature à justifier un risque de 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

.....

.....

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.

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.