

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN VUE D'UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU DIRECTEUR

Je soussigné(e) Nom, prénom docteur en médecine, certifie que :

M. / Mmenom de naissance :.....

Né(e) le __ / __ / __ à (Département :.....)

Demeurant à

Lieu et circonstances de l'examen clinique :

Alors que je constate : récit des faits conduisant à ce certificat

Présente les troubles mentaux suivants (signes cliniques) :

Il en résulte que :

- ses troubles rendent impossibles son consentement,
- son état mental impose des soins immédiats

Et nécessitent (retenez ou cochez l'item correspondant à la situation) :

1-SDT droit commun

L'admission en soins psychiatriques de l'intéressé(e) à l'EPSM du Finistère Sud de Quimper sans son consentement et sur la demande d'un tiers, en application de l'article L 3212-1-II-1° du code de la santé publique (**procédure de droit commun et nécessité de 2 CERTIFICATS MEDICAUX INITIAUX**)

OU

2-SDT urgent

compte tenu du **risque grave d'atteinte à son intégrité**, l'admission **en urgence** en soins psychiatriques de l'intéressé(e) à l'EPSM du Finistère Sud de Quimper sans son consentement et **sur la demande d'un tiers**, en application de l'article L 3212-3 du code de la santé publique (**procédure urgente**)

OU

3-SDT péril imminent

compte tenu de l'**existence d'un péril imminent** pour la santé de l'intéressé(e) et compte tenu de l'**impossibilité d'obtenir la demande d'un tiers**, son admission immédiate en soins psychiatriques à l'EPSM du Finistère Sud de Quimper sans son consentement, en application de l'article L 3212-1-II-2° du code de la santé publique (**procédure de péril imminent**). **Noter les démarches entreprises pour joindre un tiers :**

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

J'atteste que je n'exerce pas dans l'établissement accueillant le malade, que je suis ni parent ni allié au 4ème degré inclus ni avec le directeur de l'établissement qui va décider la mesure, ni avec la personne ayant demandé les soins, ni avec la personne faisant l'objet de soins.

4- Impossibilité de dactylographier ce certificat.

Fait à Date et **heure** : __ / __ / __ à __ h __

Cachet du médecin
Ou numéro RPPS

SIGNATURE