

Nota bene : Document à remplir par un médecin **n'exerçant pas au CPN**.
Il doit impérativement être imprimé sur un papier à entête
du médecin ou de son établissement (avec son numéro de RPPS)

CERTIFICAT D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
EN CAS DE PÉRIL IMMINENT

Conformément à l'article L 3212-1 II 2° du Code de la santé publique

Je soussigné, Docteur.e :

Certifie que :

Nom, Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

.....

L'examen somatique ne révèle pas d'anomalie expliquant l'état du patient.

[Circonstances à décrire ; constat de symptômes]

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

Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement et son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en milieu hospitalier dans un établissement habilité au titre de l'article L3222-1 du Code de la santé publique.

Dans ces conditions, je demande l'admission en soins psychiatriques sans demande d'un tiers (procédure de péril imminent) pour une période d'observation et de soins initiales de 72 h en hospitalisation complète au Centre Psychothérapie de Nancy, 54520 Laxou.

Je certifie, par ailleurs, n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec le patient.

Le patient est informé de la mesure et des raisons qui la motivent.

Délivré le : / / 20... à heures

Docteur.e :

N° RPPS :