**ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L’ETAT**

**PAR UNE MESURE PROVISOIRE ORDONNEE PAR UN MAIRE**

***Article L. 3213-2 du code de la Santé Publique***

**CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné (e) …………………..……………………………..…………………....., docteur en Médecine,

Fonction / adresse professionnelle …………………………………………………………….………….………
Certifie avoir examiné (2) M ……………………………………………………….……………........................

Né (e) le ………………………….……………………………………………….………………..…………….…..

Domicilié (e)…………………….………..…………………………………….…………………………………….

Et avoir constaté (3)................................................................…………………………………..…………….

……………………………………………………………………………………………………..………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………..…………………………………………………………………….

J’atteste que :

• Son comportement révèle des troubles mentaux manifestes,

• Les troubles mentaux rendent impossible son consentement,

• Les troubles nécessitent des soins,

• Les troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l’ordre public.

Je déclare sur l’honneur n’être ni parent ni allié au 4ème degré inclusivement avec le directeur de l’établissement de santé accueillant ce malade ni du patient à admettre en soins.

Fait à ……………………………………, le……………………………à.............h

Nom et Signature du médecin

*(1) Nom du médecin*

*(2) Nom, prénom du patient*

*(3) La rédaction doit être circonstanciée. Il est donc nécessaire que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés ; lorsque le patient ne peut être abordé ou approché et ce de façon exceptionnelle, le certificat le mentionne et précise l’origine des faits rapportés, sans identification des personnes rapportant les faits.*

*Le médecin doit décrire les symptômes évoquant l’existence de troubles mentaux et les attitudes susceptibles de compromettre de façon grave la sûreté des personnes ou l’ordre public. Le médecin doit également préciser que les troubles rendent impossible son consentement.*