

Certificat médical d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

À remplir par un médecin n'exerçant pas au Centre hospitalier Laborit
Articles L3213-1, L3213-2 et L3214-3 du Code de la santé publique

Je soussigné(e) Docteur

Nom :

Prénom :

Qualité :

Adresse :

.....

N'exerçant pas au Centre hospitalier Laborit de Poitiers, certifie avoir examiné le :

Nom et prénom du malade :

Date et lieu de naissance :

Domicile :

.....

Et avoir constaté qu'il (qu'elle) présente (saisir les caractéristiques des troubles) :

.....

.....

.....

.....

En conséquence, l'état de santé de (M. ou Mme, nom prénom)

.....

Impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Ces troubles rendant impossible son consentement et compromettant la sûreté des personnes et/ou portant atteinte à l'ordre public (M. ou Mme nom prénom)

.....

Doit être admis(e) à la demande du représentant de l'État au Centre hospitalier Laborit, conformément aux articles L3213-1, L3213-2 et L3214-3 du Code de la santé publique.

À ma connaissance, je ne suis ni parent ni allié, au quatrième degré inclusivement, des personnes suivantes :

- Patient hospitalisé
- Personne ayant demandé l'hospitalisation du patient
- Directeur de l'établissement d'accueil

Fait à : le :

Nom et prénom du médecin :

N° inscription ADELI ou RPPS :

