

# Certificat médical d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

*A remplir par un médecin n'exerçant pas au Centre hospitalier Laborit  
Article L3212-1 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 (M. ou Mme nom prénom) .....

.....

Doit être admis(e) à la demande d'un tiers au Centre hospitalier Laborit, conformément à l'article L 3212-1 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 :

