

MODELE
DE CERTIFICAT MEDICAL DE
DEMANDE D'HOSPITALISATION D'OFFICE
(arrêté du maire)

Je soussigné, docteur _____, (spécialité si concerné)

certifie avoir examiné ce jour M

né(e) le _____ à

demeurant à

et avoir constaté (*description des troubles et état clinique*)

Ces symptômes rendent impossible son consentement et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Il nécessite son admission au centre hospitalier de Rouffach en hospitalisation d'office conformément à l'article 3213-2 du code de la santé publique.

Fait à _____, le.....

Signature :