

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers
(admission SDT),
selon l'Article L 3212-1 du Code de la Santé Publique.

Je soussigné(e) :.....
Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour,

Mme/Mlle/M. :.....

Né(e) le :

Profession :

Demeurant à :

Il s'agit d'un(e) patient(e) présentant un tableau clinique comportant :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

J'atteste que ses troubles mentaux rendent impossible son consentement et que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers conformément à l'article L 3212-1 du Code de la Santé Publique.

J'atteste que je ne suis ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement avec le directeur de l'établissement accueillant ce(cette) malade, ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni avec la personne hospitalisée.

Fait à :.....

Le :.....

Signature et cachet du médecin