

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL

Admission en soins psychiatriques sur arrêté municipal
selon l'article L. 3213-2 du Code de la Santé Publique

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

Mme/Melle/M :

Né(e)le :

Profession :

Demeurant à :

Circonstances motivant le présent certificat :

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

J'atteste que les troubles mentaux présentés par Mme/Melle/M.....
nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave,
à l'ordre public.

J'atteste que je ne suis pas psychiatre exerçant dans l'établissement destiné à accueillir ce (cette)
patient (e).

****L'intéressé(e) a pu faire valoir ses observations***

****En raison de son état clinique, l'intéressé(e) n'a pu faire valoir ses observations.***

Fait à.....

Le.....

Signature et cachet du médecin

- Rayer la mention inutile