

**Certificat médical initial en vue d'une admission en soins psychiatriques
sans consentement en cas de péril imminent**

(Article L. 3212-1 II 2° du code de la santé publique)

Je soussigné·e, _____, docteur en médecine

Adresse :

Certifie avoir examiné Monsieur·Madame

Né·e le

Domicilié·e

Et avoir constaté (*description de l'état mental et du comportement*) :

J'atteste que :

- les troubles mentaux dont souffre l'intéressé·e rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation
- il existe un péril imminent pour sa santé

Fait à....., le

Nom, Signature (tampon, N°RPPS)