

CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ
SOINS PSYCHIATRIQUES
SUR DÉCISION DU DIRECTEUR
PÉRIL IMMINENT

SPI (Article L. 3212-1-II-2 du Code de la Santé publique)

Je soussigné(e), docteur Nom Prénom

En Médecine :

Exerçant à

Certifie avoir examiné le _____ à (heure)

M / Mme NOM Attention à ce que l'orthographe soit conforme à la carte d'identité NOM de naissance

Prénom

Né(e) le _____ À _____

Exerçant la profession de

Domicilié(e)

Qui présente l'état de santé mentale suivant (description clinique précise des symptômes et des troubles mentaux) :

Préciser en quoi ces troubles présentent un péril imminent pour la personne :

Préciser en quoi ces troubles rendent impossible son consentement :

Préciser en quoi son état de santé nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante dans un établissement de santé spécialisé (au sens de l'article L. 3222-1 du Code de la Santé Publique) :

J'atteste de l'impossibilité d'obtenir une demande de soins de la part d'un membre de la famille, d'un proche, ou de la part de la personne en charge de la protection juridique du patient.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4^{ème} degré, ni du patient, ni du directeur de l'établissement.

Tampon

Signature