



Hôpital :

**Certificat médical dans le cadre d'une demande de mainlevée de soins sans consentement à la demande d'un tiers
(article L3212-9 alinéa 4 du Code de la santé publique)**

Délégation territoriale :
Date et heure de début de la prise en charge :
Mode d'entrée :
Entrée N° :

Forme actuelle de la prise en charge : hospitalisation complète
 programme de soins

Vu la demande de mainlevée présentée au directeur de l'établissement le.....par
M/Mme/Melle.....en qualité de(une des
personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L.3212-1 CSP)

Je soussigné.....psychiatre de l'établissement d'accueil

Atteste que l'arrêt des soins psychiatriques concernant :

M., Mme, Mlle
Né(e) le.....

Entrainerait un péril imminent pour la santé du patient pour les motifs suivants :

.....
.....
.....
.....

Ale.....

Signature