MODELE 13 – Version relue et consolidée
Décembre 2014

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Hôpital :

Avis médical en cas d'impossibilité d'examiner le patient
dans le cadre d'une demande de mainlevée de soins sans consentement à la demande d'un tiers
(article L3212-9 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

- certifie être dans l'impossibilité de procéder à l'examen médical de :

M/Mme/Melle……..……
Né(e) le : ……
Domicilié(e) : ……

Pour le motif suivant :
……..
……..
……
……

- atteste que, sur la base du dossier médical, l'arrêt des soins psychiatriques entrainerait un péril imminent pour la santé du patient pour les motifs suivants :
……
……
……
……
……

A ..... …… heures ……..le…….....

Signature

NB : cet avis doit dater de moins de 24 heures à compter de la demande présentée au directeur.