



**Certificat médical de demande de transformation de soins psychiatriques à la demande d'un tiers en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (article L.3213-6 du Code de la santé publique)**

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

Régime d'admission en soins psychiatriques sans consentement :  
 à la demande d'un tiers  
 en cas de péril imminent  
 à la demande d'un tiers en urgence

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

Je soussigné(e)..... Psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil,  
Certifie avoir examiné M., Mme, Mlle.....

Né(e) le ..... à .....

Demeurant .....

Description des troubles suivants et des risques d'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public de façon grave :

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

L'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

En conséquence, je demande l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat du patient à compter de ce jour en application de l'article L.3213-6 du Code de la santé publique.

Le .....à .....h.....

Signature