

**Avis médical en cas d'impossibilité d'examiner le patient  
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 de l'établissement accueillant le patient,

Certifie à l'égard de :

M., Mme, Mlle \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Qu'il est impossible d'examiner ce patient pour les motifs suivants :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mais certifie que, sur la base du dossier médical, le patient présente les troubles suivants, permettant de formuler un avis médical sur son état mental :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cet état mental 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