



Hôpital :

**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.3212-9 dernier alinéa 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

depuis le :.....

A l'égard de :

M., Mme, Mlle.....

Né(e) le ..... à .....

Demeurant .....

Vu la demande de mainlevée de la mesure par une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L.3212-1,

Je soussigné(e),....., psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil,

certifie avoir examiné le patient et constaté les troubles suivants (description des troubles et de l'atteinte à, de façon grave à l'ordre public ou de la manière dont l'état mental de la personne compromet la sûreté des personnes) :

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

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

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.3212-9 du Code de la santé publique.

Le .....à .....h.....

Signature