



Hôpital :

**Certificat médical de 24 heures
(article L.3211-2-2 Code de la santé publique)**

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

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
- sur décision du représentant de l'Etat

Leà h.....

Je soussigné(e)..... Psychiatre

Certifie que :

M., Mme, Mlle

Né(e) le à

Demeurant

Description de l'état mental (et le cas échéant la nécessité de poursuivre les soins): _____

Cet état mental n'impose pas la poursuite des soins et ne nécessite pas la prolongation de la mesure de soins psychiatriques sans consentement.

Cet état mental impose la poursuite des soins et nécessite la prolongation de la mesure de soins psychiatriques sans consentement.

Signature