



Hôpital :

**Certificat médical dit de 72 heures (spécialement motivé)  
(article L3211-2-2 Code de la santé publique)**

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

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

Le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ Psychiatre de l'établissement d'accueil

Certifie avoir examiné :

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

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Demeurant \_\_\_\_\_

Description de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux :

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

Certifie que cet état mental :

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

impose la poursuite des soins, nécessite la prolongation de la mesure de soins psychiatriques sans consentement et propose leur poursuite sous la forme :

- d'une hospitalisation complète
- d'un programme de soins établi conjointement au présent certificat.

pour les motifs suivants :

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

J'ai pu informer, de manière adaptée à son état, le patient le ..... du projet de maintien des soins psychiatriques sous la forme définie par le présent certificat ; le patient a été mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à cet état.

Je n'ai pas pu informer le patient du projet de maintien des soins psychiatriques sous la forme définie par le présent certificat, son état n'étant pas adapté à une telle information. Cette information lui sera transmise dès que son état le permettra.

Le ..... à ..... h.....

Signature

**MODELE 8 – Version relue et consolidée**  
**Décembre 2014**

cocher la mention utile