

**CERTIFICAT MEDICAL
DE DEMANDE D'HOSPITALISATION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
SANS CONSENTEMENT A LA DEMANDE DU REPRESENTANT DE L'ETAT**

Je soussigné(e), docteur :

demeurant (lieu d'exercice) :

certifie avoir examiné ce jour **LE** à **H** (**date, heure**)

A (**lieu**)

☐ Madame

☐ Mademoiselle

☐ Monsieur

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

et avoir constaté les troubles suivants :

Description précise des troubles

Cet état empêche le consentement aux soins et impose des soins immédiats dans le cadre d'une hospitalisation en soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat, en application de la loi n° 2011-803 du 05 juillet 2011, modifiée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013.

Fait ce jour pour servir et valoir ce que de droit.

Cachet et signature du médecin