



**CERTIFICAT MEDICAL**  
**en vue de soins psychiatriques sur Décision Du**  
**Directeur de l'Etablissement (SDDE)**  
 avec demande d'un Tiers (SDT)  
**Procédure d'urgence**  
*Visée à l'Art. L3212.3 du code de la Santé Publique*

Je soussigné(e), Docteur .....

exerçant à .....

certifie avoir examiné le ..... à ..... heure(s) .....

M. - Mme - Melle .....

né(e) le .....

demeurant à : voie/lieu-dit .....

Code Postal..... Ville.....

et avoir constaté les troubles suivants :

.....

.....

.....

.....

.....

J'atteste que ses troubles mentaux rendent impossible son consentement aux soins psychiatriques, que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en application de l'art. L3212-3 du code de la Santé Publique, que les troubles du patient constituent un **risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient.**

Fait à .....Le

Cachet et Signature du Médecin

Je suis dans l'impossibilité matérielle de dactylographier ce certificat médical.

**NB : dans le cas où le médecin n'a pas son cachet, il précise son n° d'ordre. Pour les remplaçants, ils font figurer leur n° ADELI.**