



**CERTIFICAT MEDICAL  
en vue de Soins psychiatriques sur Décision Du  
Directeur de l'Etablissement (SDDE)  
avec Demande d'un Tiers  
Procédure normale**  
*Visée à l'art. L3212-1 du code de la Santé Publique*

FE-PCS-006 V- 006

**Nb de pages 1**

Date d'application : 13/09/2016

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 :

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

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. L3212-1 du code de la Santé Publique

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° ADELL.**