

**CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN VUE D'UNE ADMISSION EN SOINS  
PSYCHIATRIQUES EN CAS DE PERIL IMMINENT Article L.3212.1 du CSP**

Je soussigné ....., Docteur en Médecine,  
certifie avoir examiné M. ....

Né(e) le .....

Domicilié(e) .....

et avoir constaté

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

J'atteste que :

- son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 du Code de la Santé Publique.

- Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement.

- Son état de santé présente un péril imminent pour la santé de la personne  
Étant donné qu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers dans les conditions prévues par la loi, M. ....  
doit être admis en soins psychiatriques sans son consentement, sans demande de tiers conformément à l'article L.3212.1 du Code de la Santé Publique.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4ème degré, ni du confrère certificateur, ni du patient, ni de la personne demandant l'hospitalisation, ni du directeur de l'établissement d'accueil.

Fait à ..... , le .....

Nom et signature du médecin