Je soussigné(e), Docteur xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx médecin exerçant à xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx certifie avoir examiné ce jour,

🞏 M. 🞏 Mme

**Nom** :  **Nom de naissance** : ……………………………………

**Prénom** : **Né(e) le** : ………………………………………..……….

**Lieu de naissance** :………………………………………………………………………………………………………..

**Domicilié(e)** : ……………………………………………………………………………………………………………….

* **Les troubles mentaux et les caractéristiques de la maladie du patient sont les suivants:**
* **Préciser en quoi l’état de santé du patient nécessite des soins immédiats assortis d’une surveillance constante en milieu hospitalier :**
* **Préciser pourquoi il est impossible pour le patient de donner son consentement aux soins :**

Ces troubles, qui rendent impossible son consentement, imposent des soins immédiats assortis d'une surveillance constante ou régulière en milieu hospitalier conformément aux dispositions de l'article L. 3212-1 du Code de la Santé Publique.

Le patient a été informé de la forme de sa prise en charge ainsi que de ses droits, voies de recours et garanties. Ses observations ont pu être recueillies [ ]  Oui [ ]  Non

Si non motif :……………………………………………………………………………………………………

A ma connaissance, je ne suis ni parent, ni allié, au quatrième degré inclusivement, ni du directeur de l’établissement d’accueil, ni du médecin ayant établi le second certificat, ni de la personne ayant demandé l’hospitalisation, ni du patient à admettre en soins.

Fait à :

Le : à heures

**Signature (tampon + numéro RPPS)**