

AVIS MEDICAL DISTANT

**NECESSAIRE POUR LA MISE EN PLACE DE MESURES PROVISOIRES
A L'INITIATIVE D'UN MAIRE
EN VUE D'UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT
(Article L. 3213-2 CSP)**

Je soussigné(e), docteur¹médecin régulateur au SAMU/centre 15
de.....

certifie ce qui suit concernant :

Nom du patient (si possible renseigner les 2 rubriques) :	Demeurant :
Nom de famille (nom de naissance) :
Nom d'usage (épouse, ...) :
Prénom :
Né(e) le : à

AVIS MEDICAL DISTANT (EXAMEN DU PATIENT IMPOSSIBLE) devant mentionner :

- Circonstances locales justifiant le recours au médecin régulateur du C15 :

- Circonstances rapportées par les acteurs locaux (comportement, antécédents comportementaux ou psychiatriques connus, nature exacte du danger invoqué et éléments factuels qui permettent de le caractériser - exemple : arme, menace de mort sérieuse avec personne désignée...) :

Ces circonstances caractérisent un danger imminent tel qu'il ne peut être procédé à un examen médical dans un délai compatible avec la situation d'urgence ainsi décrite.

Au regard des circonstances décrites ci-dessus, cette personne, qui présente des troubles mentaux manifestes, nécessite des soins et présente un **danger imminent pour la sûreté des personnes**. Les conditions de l'article L. 3213-2 du CSP sont donc réunies (admission en soins psychiatriques sans consentement).

Fait à

Le

Dr

Signature/Cachet du SAMU/centre 15

(Préciser n° RPPS)

(1) Médecin thésé ou remplaçant thésé inscrit à l'ordre des médecins

Article R4127-76 du CSP Chap. VII Déontologie : « l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires.

Tout certificat, ordonnance, attestation ou document délivré par un médecin doit être rédigé lisiblement en langue française et daté, permettre l'identification du praticien dont il émane et être signé par lui. Le médecin peut en remettre une traduction au patient dans la langue de celui-ci. »

A adresser au maire de la commune concernée pour motivation de l'arrêté municipal

Document validé le 27/04/2017

ARS NORMANDIE : Madame Morisse Christine : Coordonnateur Mission Soins Psychiatriques sans consentement
Etablissement Psychiatrique Nouvel Hôpital de Navarre : Mr Boczkowski Frédéric : Attaché principal d'administration Hospitalière
Centre Hospitalier Eure-Seine : SAMU27 : Dr Boishardy Fabrice : Responsable de Structure Interne