

**DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT SUR DECISION  
DU DIRECTEUR**

**SITUATION DE PERIL IMMINENT**

*(Art L 3212-1, II - 2° du code de la santé Publique)*

**CERTIFICAT MEDICAL**

Lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers, et qu'il existe, un péril imminent pour la santé de la personne, une admission en soins psychiatriques sans son consentement peut être prononcée sur la base d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant être établi **que par un médecin extérieur** de l'établissement d'accueil [NHN] et rédigé comme suit.

Je soussigné, Docteur • ..... certificat avoir examiné ce jour M,  
Mme, Melle, ..... né (e) le .....  
demeurant .....

Impossibilité de trouver un Tiers malgré les demandes et/ou recherches accomplies

Refus du tiers désigné de signer la demande : ..... *(Identité et lien du tiers contacté avec le patient).*

Préciser systématiquement les modalités de recherche du tiers.....

A l'examen, je constate : *(Préciser l'état mental de la personne nécessitant les soins. Indiquer les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir de soins en raison de l'existence dûment constaté d'un péril imminent c'est-à-dire l'immédiateté d'un danger pour la santé ou la vie du patient).*

En conséquence, l'état de M, Mme, Melle

dont les troubles

rendent impossible son consentement et imposent des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en raison de l'existence d'un **Péril imminent** pour sa santé, nécessite son admission en soins psychiatrique sans consentement conformément aux dispositions de l'article L 3212-1, II -2° du code de la Santé Publique, au *Nouvel Hôpital de Navarre à EVREUX* habilité à soigner des personnes atteintes de troubles mentaux mentionnées à l'article L 3222-1 du Code de la Santé Publique.

A ma connaissance, je ne suis ni parent ni allié avec la personne nécessitant les soins, ni du Directeur du Nouvel Hôpital de Navarre.

Fait à ..... le ..... à ..... h.....

Signature du médecin et cachet

*(Cachet précisant l'établissement et le service du médecin signataire, N°RPPS, Signature)*