

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS**  
**ARTICLE L.3212-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**EN URGENCE, EN CAS DE RISQUE GRAVE D'ATTEINTE A L'INTEGRITE**  
**DU MALADE**

Je soussigné(e) Docteur... ..

Constata que l(a ou e) nommé(e)... ..

Né(e) le.....à.....

Département.....

Profession.....

Est atteint(e) des troubles mentaux suivants :

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

L'intéressé(e) ne peut pas donner son consentement et son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante.

Je constate qu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade et qu'il y a nécessité et urgence à faire admettre

M. Mme.....

Au centre hospitalier de Montfavet (Avignon) où lui seront assurés les soins nécessités par son état de santé.

Je certifie ne pas être parent(e) ou allié(e), jusqu'au au 4<sup>e</sup>me degré inclusivement, ni de la personne malade, ni du tiers ayant demandé les soins psychiatriques, ni du directeur du centre hospitalier de Montfavet.

Certificat délivré à.....

**Le..... (Jour)**

**À .....H..... (Horaire obligatoire)**

Signature :