

**CERTIFICAT MEDICAL**  
**SOINS PSYCHIATRIQUES SANS DEMANDE D'UN TIERS**  
**ARTICLE L.3212-1 DU II ALINEA 5 CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**PERIL IMMINENT**

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.

Il s'avère impossible d'obtenir une demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement de l'entourage du patient.

Je constate qu'il y a nécessité et urgence à faire admettre en péril imminent

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 4<sup>e</sup> degré inclusivement, ni de la personne malade, ni du directeur du centre hospitalier de Montfavet.

Certificat délivré à.....
<b>Le .....(Jour)</b>
<b>À .....H..... (Horaire obligatoire)</b>
Signature :