

## Demande de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)

### Certificat médical

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

certifie avoir examiné ce jour :

Nom et Prénoms \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cette personne présente les symptômes suivants : (indiquer les particularités de la maladie : l'énoncé d'un syndrome suffit, le diagnostic n'est pas nécessaire, le certificat médical doit permettre d'apprécier la nécessité des soins)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'état de M/Mme \_\_\_\_\_ ne lui permet pas de donner son consentement aux soins, or un traitement immédiat et une surveillance constante en milieu hospitalier sont nécessaires.

Par ailleurs, l'état de M/Mme \_\_\_\_\_ **présente un risque grave pour son intégrité.**

En conséquence, je **demande l'admission d'urgence en soins psychiatriques dans un établissement de santé** mentionné à l'article L. 3222-1 du Code de la Santé Publique **et conformément à l'article L.3212-3 du Code de la Santé Publique.**

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4ème degré, ni du confrère certificateur, ni du patient, ni de la personne demandant l'hospitalisation, ni du directeur de l'établissement d'accueil.

Certificat établi à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ (date et heure)

Signature \_\_\_\_\_