

CERTIFICAT MÉDICAL S.P.D.R.E.

Soins Psychiatriques sans consentement sur Décision du Représentant de l'Etat

article L.3214-3 du CSP
Détenu

Je soussigné Docteur

certifie avoir examiné ce jour

NOM

Prénom

né(e)

domicilié(e)

Et avoir constaté : *(détailler les troubles et les circonstancier)*

Les troubles mentaux dont souffre l'intéressé(e) compromettent la sûreté des personnes ET/OU portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

Ils rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant d'une hospitalisation selon la loi du 27 septembre 2013 (article L.3214-3 du Code de santé publique).

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié au 4ème degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement accueillant ce malade, ni avec la personne à admettre en soins.

Fait à

le

à

h

Signature

Tampon