

## CERTIFICAT MEDICAL

### Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

Je soussigné, Docteur ....., certifie avoir examiné ce jour,

M / Mme.....

né(e) le.....

et constate qu'il/elle présente les troubles suivants :

Ces troubles rendant impossible son consentement, la prise en charge par le Centre Hospitalier Camille Claudel s'avère nécessaire pour permettre des soins immédiats et une surveillance médicale selon les modalités définies par l'article L 3212-1 du Code de la Santé Publique.

Je certifie par ailleurs ne pas être parent ou allié au quatrième degré inclusivement ni avec le médecin auteur de l'autre certificat médical, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec la personne ayant demandé les soins, ni avec la personne faisant l'objet de ces soins.

Fait à ....., le ..... à .....h.....

Signature,

(Cachet du médecin)