



**CERTIFICAT MEDICAL INITIAL SPDRE**  
**SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU PREFET (SPDRE)**

Je soussigné(e),

docteur en Médecine,

Adresse :

Certifie avoir examiné le :

M., Mme, Melle<sup>①</sup>

Né(e) le :

à

Domicilié(e) :

Profession :

Qui présente<sup>②</sup> :

Son comportement révèle des troubles mentaux manifestes présentant un danger imminent de nature à compromettre de façon grave l'ordre public ou la sûreté des personnes, et nécessite des soins.

Il ou elle doit être hospitalisé(e) dans un établissement défini par l'article L 3222.1 du Code de la Santé Publique selon la procédure d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, article L 3213.1 et suivants du Code de la Santé Publique.

Fait à :

Le :

à

heures

**Signature et cachet :** Impossibilité de dactylographier le certificat<sup>①</sup>Rayer les mentions inutiles<sup>②</sup>Le certificat doit être circonstancié. Il doit énumérer les troubles mentaux, les décrire, indiquer les particularités de la maladie.