

CERTIFICAT MEDICAL
SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS
PROCEDURE D'URGENCE (SPDTU)

Je soussigné(e), docteur en Médecine,.....

Adresse :

.....
.....

Certifie avoir examiné le :.....

M., Mme, Melle ①.....

Né(e) le :..... à.....

Domicilié(e) :.....

.....

Profession :.....

Qui présente ② :

- Risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade -

Les troubles présentés par le sujet rendent impossible son consentement.

Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, conformément à l'article L. 3212-3 du Code de la Santé Publique.

Fait à :

Le : à heures

Signature et cachet :

① Rayer les mentions inutiles

② Le certificat doit être circonstancié. Il doit énumérer les troubles mentaux, les décrire, indiquer les particularités de la maladie.

**FORMULAIRE POUR SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS
PROCEDURE D'URGENCE
pour un tiers ne sachant pas écrire**

Nom – Prénom

Je soussigné(e) :.....
Né(e) le :.....à.....
Domicilié(e) :.....
.....
.....
Profession :

Degré de parenté ou à défaut
nature des relations avec la
personne à soigner

Agissant en qualité de :.....

Recopier de façon manuscrite la formule ci-après :
*Demande des soins psychiatriques à la demande
d'un tiers dans un établissement régi par la loi du 5 juillet 2011,
selon l'article L. 3212-3 du Code de la Santé Publique*

NOM et Prénom

Pour
M. – Mme - Melle❶ :.....
Né(e) le :.....à.....
Domicilié(e) :.....
.....
.....
Profession :

Atteint(e) de troubles mentaux, confirmés par les certificats
médicaux ci-joints.

Fait à :
Le

Signature :

**Joindre impérativement la photocopie de la pièce d'identité du tiers
demandeur.**

Demande reçue par :

Monsieur le Maire de.....

Le Commissaire de Police de.....

Le Directeur de l'Etablissement.....

QUI EN DONNE ACTE

SIGNATURE ET CACHET

SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS PROCEDURE D'URGENCE (SPDTU)

Nom – Prénom

Je soussigné(e) :

Né(e) le : à

Domicilié(e) :

.....

.....

Profession :

Degré de parenté ou à défaut
nature des relations avec la
personne à soigner

Agissant en qualité de :

Recopier de façon manuscrite la formule ci-après :

*Demande des soins psychiatriques à la demande d'un tiers
(procédure d'urgence) dans un établissement régi par la loi du 5
juillet 2011, selon l'article L. 3212-3 du Code de la Santé Publique*

NOM et Prénom

Pour

M. – Mme - Melle^① :

Né(e) le : à

Domicilié(e) :

.....

.....

Profession :

Atteint(e) de troubles mentaux, confirmés par le certificat
médical ci-joint.

Fait à :

Le

Signature :

**Joindre impérativement la photocopie de la pièce d'identité du tiers demandeur et de la
personne nécessitant les soins.**