

**CERTIFICAT MEDICAL  
SOINS PSYCHIATRIQUES SANS TIERS (SPST)**

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> :

**- péril imminent pour le patient-**

Les troubles présentés par le sujet rendent impossibles son consentement.

Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, conformément à l'article L. 3212-1-II-2° 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.