

Nom et prénom du médecin
adresse professionnelle
téléphone professionnel
n° ADELI

Je, soussigné, Docteur en médecine :

Nom : _____

Prénom : _____

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : _____

Prénom : _____

date de naissance : _____ à : _____

Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____

Il présente ce jour les troubles suivants (*l'énoncé d'un diagnostic n'est pas nécessaire*) :

Cet état mental rend impossible l'obtention de son consentement et justifie des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Dans ces conditions, le patient doit être admis d'urgence sans son consentement au centre hospitalier "Le Mas Careiron" à Uzès sous le régime de l'hospitalisation à la demande d'un tiers selon les dispositions du code de la santé publique, **article L3212-1**

Je certifie ne pas être parent ou allié au quatrième degré inclusivement ni avec le patient désigné ci-dessus, ni avec la personne ayant demandé l'hospitalisation, ni avec le directeur de l'établissement.

Uzès, le : _____ à : _____ h _____ mn

Signature : _____

Tampon ou :

Adresse profes. :

N° adeli :