

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

Ce certificat doit être établi par un médecin sans lien administratif avec le centre hospitalier où le patient va être hospitalisé

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 compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes 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 : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ sous le régime de l'hospitalisation d'office selon les dispositions du code de la santé publique, **Loi du 29 Juin 1990**

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 :