

**AVIS MEDICAL**  
**Art L 3213-2 du CSP**  
**(SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT SUR**  
**DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT**  
**DANS LE CADRE D'UN « DANGER IMMINENT POUR LA**  
**SURETE DES PERSONNES »)**  
**« Procédure d'urgence »**

Je soussigné, Docteur .....

certifie avoir examiné le .....

M., Mme .....

âgé(e) de ..... ans né (e) le ..... à .....

domicilié(e) .....

.....

profession .....

Ce(tte) patient(e) présente \* :

**Ses troubles mentaux manifestes rendent impossible son consentement aux soins et mettent en état de danger imminent la sûreté des personnes.**

Conformément à l'article L 3213-2 du Code de la Santé Publique, une prise en charge en établissement spécialisé, dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat est rendue nécessaire.

Fait à .....

Le ..... à .....H .....  
(Signature et tampon)

\* Le médecin doit obligatoirement

① circonstancier son avis médical: indiquer les particularités de la maladie, énumérer les troubles mentaux, les décrire,

② Apporter des éléments précisant et confirmant la notion de danger imminent pour la sûreté des personnes.