

HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT EN MEDECINE GENERALE (Loi du 05 juillet 2011)

MODE	ARTICLES du CSP	CONDITIONS
SPDT (Soins Psychiatriques sur Demande d'un Tiers)	Article L 3212-1-II-1°	<ul style="list-style-type: none"> -Demande d'un tiers manuscrite -Premier certificat médical initial d'un médecin thésé n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et datant de moins de 15 jours -Deuxième certificat médical initial d'un médecin thésé extérieur ou de l'établissement d'accueil et datant de moins de 15 jours -Le directeur de l'établissement doit s'assurer de l'identité du patient et du demandeur (présentation des cartes d'identité).L'admission est prononcée par le directeur pour une durée limitée à 15 jours
SPDT en cas d'urgence (Soins Psychiatriques sur Demande d'un Tiers en cas d'urgence) (Risque grave pour l'atteinte à l'intégrité du malade)	Article L3212-3	<ul style="list-style-type: none"> -Demande d'un tiers manuscrite -Certificat médical initial (du jour) d'un médecin thésé extérieur ou de l'établissement d'accueil -le directeur de l'établissement doit d'assurer de l'identité du patient et du demandeur (présentation des cartes d'identité)
Soins Psychiatriques de Péril Imminent sans Demande d'un Tiers (Risque de péril imminent pour la santé du malade et impossibilité de demande de soins par un tiers)	Article 3212-1-II-2°	Certificat médical initial (du jour) par un médecin thésé extérieur à l'établissement d'accueil
SPDRE (Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat)	Article L 3213-1	<ul style="list-style-type: none"> -Arrêté préfectoral motivé et circonstancié -Certificat médical initial par un médecin thésé extérieur à l'établissement
SPDRE en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes (Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat pour la sûreté des personnes)	Article L 3213-2	<ul style="list-style-type: none"> -Arrêté provisoire du maire (valable 48 heures) -Certificat médical initial par un médecin thésé extérieur à l'établissement, attestant le danger ou à défaut la notoriété publique(le maire en réfère au préfet sous 24 heures)

CERTIFICAT DE DEMANDE D'HOSPITALISATION D'UN TIERS

Je soussigné(e).....

NOM, Prénom.....

Adresse.....

Né(e) le....., à.....

Profession.....

Agissant en tant que.....

Demande, conformément à l'article L 3212-1-II-1° ou L 3212-3 du code de la santé publique régi par la loi du 05 juillet 2011, l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers de :

Mme ou Mr (Nom, Prénom)....., Né(e) le....., à.....

domicilié(e) à.....

Profession.....

Suivant le certificat médical délivré par le Docteur.....

Fait à.....le.....

Signature et cachet du médecin.....(N° d'ordre si absence de cachet /N° ADELI pour les remplaçants)

Pièce d'identité du malade N°....., délivré le.....à.....

Pièce d'identité du demandeur N°....., délivré le.....à.....

CERTIFICAT DE DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS

Je soussigné Docteur (Nom, Prénom)..... médecin (généraliste.....) exerçant à.....

certifie avoir examiné le.....

Mr ou Mme, né(e) le à....., domiciliée à

Ce (tte) patient(e) présente

Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement. Son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, conformément à la procédure prévue par l'article L. 3212-1-II-1° ou L 3212-3 du Code de la Santé Publique (loi du 05 juillet 2011).

Je certifie avoir pu/n'avoir pu informer cette personne de la présente décision et des raisons qui la motivent.

Fait àle

Signature et cachet du médecin..... (N° d'ordre si absence de cachet/N°ADELI pour les remplaçants)

Docteur.....

CERTIFICAT DE DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS DEMANDE D'UN TIERS

Je soussigné Docteur (Nom, Prénom)..... médecin (généraliste.....) exerçant à.....
certifie avoir examiné le.....

Mr ou Mme, né(e) le à....., domiciliée à

Ce (tte) patient(e) présente

Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement. Il s'avère impossible d'obtenir une demande d'un tiers. Son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, conformément à la procédure prévue par l'article L. 3212-1-II-2° du Code de la Santé Publique (loi du 05 juillet 2011).

Je certifie avoir pu/n'avoir pu informer cette personne de la présente décision et des raisons qui la motivent.

Fait àle

Signature et cachet du médecin..... (N° d'ordre si absence de cachet/N°ADELI pour les remplaçants)

Docteur.....

SPDRE

Je soussigné Docteur (Nom, Prénom)..... médecin (généraliste.....) exerçant à.....
certifie avoir examiné le.....

Mr ou Mme, né(e) le à....., domiciliée à

Et avoir constaté les troubles suivants.....

.....

J'atteste que ses troubles mentaux nécessitent des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, en application de l'article L 3213-1 ou L 3213-2 du code de la santé publique (loi du 05 juillet 2011), représentant un danger imminent pour la sûreté des personnes, ou portant de façon grave, atteinte à l'ordre publique).

Fait àle

Signature et cachet du médecin..... (N° d'ordre si absence de cachet/N°ADELI pour les remplaçants)

Docteur.....