

**Hospitalisation d'Office (H.O.)**  
*Modèle de certificat médical circonstancié*

Docteur  
Adresse :  
N°

Je soussigné, Docteur ....., domicilié..... certifie avoir examiné (ou tenté d'examiner) ce jour M., Mme ou Mlle (*nom prénom*), né(e) le ....., demeurant....., profession.....et avoir constaté les troubles suivants :..... (*décrire l'état de santé sans précision diagnostique*).

Ces troubles sont liés à une affection mentale dont les manifestations compromettent la sûreté des personnes.

Dans ces conditions, ce malade doit être hospitalisé dans un établissement habilité au titre de l'article L. 3222-1, selon les termes de l'article L. 3213-1 du Code de la Santé Publique .

Fait à ...

Signature

**Hospitalisation sur demande d'un tiers (H.D.T.)**  
*Modèle de certificat médical circonstancié*

Docteur  
Adresse :  
N°

Je soussigné, Docteur ....., domicilié..... certifie avoir examiné ce jour M., Mme ou Mlle (*nom prénom*), né(e) le ....., demeurant....., profession.....et avoir constaté les troubles suivants :..... (*décrire l'état de santé sans précision diagnostique*).

En conséquence, ces troubles rendent impossible son consentement ; son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier (habilité au titre de l'article L.3222-1).

Il doit être hospitalisé sur demande d'un tiers, selon les termes de l'article L.3212-1 du Code de la Santé Publique (ou de l'article L.3212-3 en cas de « péril imminent »).

Je certifie n'être ni parent ni allié, au 4<sup>ème</sup> degré inclus, avec cette personne, avec le tiers demandeur, avec le directeur de l'hôpital d'accueil et avec le médecin rédacteur de l'autre certificat.

Dans ces conditions, ce malade doit être hospitalisé dans un établissement habilité au titre de l'article L. 3222-1, selon les termes de l'article L. 3213-1 du Code de la Santé Publique .

Fait à ...

Signature