CERTIFICAT ADMISSION A L’UHSA EN S.D.R.E A L’U.H.S.A DE RENNES

Je soussigné(e), DR…………………………….. exerçant à (Etablissement différent du CHGR ou exercice libéral) …………………………………………………………………………………………certifie avoir examiné ce jour :

M. / Mme NOM Prénom ………………………………………………………………………………………………………………………

Nom d’usage : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Date de naissance : ………………………………………………………………………………………………………………………...…..

Et avoir constaté (description de symptômes ou de comportement alarmants) ………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

L’état de santé de ce patient justifie des soins dans un établissement mentionné à l’articles L-3221-1 du Code de la Santé Publique (C.S.P) du fait de troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l’ordre public selon les articles L3214-1 et suivants et L3213-1 et suivants du C.S.P.

Fait à ………………………………………………………………………, le……………………………………………………(date et heure),

Signature et cachet médical