

# **Documents relatifs à l'Hospitalisation sur Demande de Tiers (H.D.T.)**

**Demande de tiers nécessaire à une hospitalisation  
sur demande d'un tiers**

*Page 2*

**Certificat médical nécessaire  
à une hospitalisation sur demande d'un tiers  
(procédure normale)**

*Page 3*

**Certificat médical nécessaire  
à une hospitalisation sur demande d'un tiers  
(procédure d'urgence)**

*Page 4*



**FONDATION BON SAUVEUR**

**DEMANDE DE TIERS NECESSAIRE A UNE HOSPITALISATION  
SUR DEMANDE D'UN TIERS**

(Conformément à l'Article L 3212.1 ou L.3212.3 du Code la Santé Publique – Loi du 27 Juin 1990)

**Je soussigné(e) (1)** .....

**Degré de parenté ou nature des relations (2)** .....

**Né (e) à** ..... **le** ..... **âgé(e) de** ..... **ans**

**Domicilié(e)** .....

**Profession** .....

**(3)** .....

**M** .....

**Né(e) le** .....

**Domicilié(e) à** .....

**Profession** .....

**Pour y recevoir les soins que nécessite son état, comme l'attestent les certificats médicaux ci-joints.**

Fait à ..... le .....

SIGNATURE

(1) Nom, prénom

(2) père, mère, frère, etc....., ami, collègue, assistante sociale, tuteur, curateur...

(3) Ce passage doit être manuscrit (**prie Mr le Directeur du Centre Hospitalier de BEGARD, de recevoir dans son établissement et ce conformément à l'Article L. 3212-1 ou L. 3212-3 du Code de la Santé Publique, Loi du 27 Juin 1990**)

Joindre impérativement la photocopie d'une pièce d'identité de la personne qui fait la demande de placement.

**CERTIFICAT MEDICAL NECESSAIRE A UNE HOSPITALISATION SUR DEMANDE  
D'UN TIERS**

**(Procédure normale)**

**Article L.3212.1 du code de la Santé Publique**

**Je soussigné (e) (Nom, prénom),** .....

**Docteur en médecine**

**Certifie avoir examiné ce jour M, Mme, Mlle** .....

**Né (e) à** ..... **le** ..... **, âgé(e) de** ..... **ans**

**Domicilié (e) à** .....

Et avoir constaté les troubles suivants :

*(Décrire l'état mental du malade et son comportement, agitation, violence, délire, idées de suicide ... en insistant sur les éléments cliniques démontrant la nécessité des soins et la dangerosité pour autrui, notamment ses proches, en rappelant l'absence de consentement et l'urgence des soins appropriés ; ne pas mentionner le diagnostic)*

**Ces troubles rendent impossible son consentement**

**Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier**

En conséquence, ceci justifie son hospitalisation sur demande d'un tiers selon les termes de l'article **L.3212-1** du Code de Santé Publique dans un établissement mentionné aux articles L.3222-1 du même code.

Je certifie n'être ni parent ou allié, au quatrième degré inclusivement, ni avec la personne ayant demandé l'hospitalisation, ni avec la personne dont l'hospitalisation est demandée.

Fait à, ..... le .....

*Signature et cachet*

**NB :**

- 1<sup>er</sup> certificat : médecin extérieur à l'établissement d'accueil
- 2<sup>e</sup> certificat médical : médecin extérieur ou appartenant à l'établissement d'accueil

**CERTIFICAT MEDICAL NECESSAIRE**  
**A UNE HOSPITALISATION SUR DEMANDE D'UN TIERS**  
**(Procédure d'Urgence)**  
**Article L.3212-3 du Code de la Santé Publique**

(TEXTE A REPENDRE ET A REDIGER SUR PAPIER A ENTETE DU MEDECIN  
PRESCRIPTEUR EXTERIEUR)

**Je soussigné (e) (Nom, prénom),** .....

**Docteur en médecine**

**Certifie avoir examiné ce jour M, Mme, Mlle** .....

**Né (e) à** ..... **le** ..... **âgé(e) de** ..... **ans**

**Domicilié (e) à** .....

Et avoir constaté les troubles suivants :

*(Décrire l'état mental du malade et son comportement, agitation, violence, délire, idées de suicide ... en insistant sur les éléments cliniques démontrant la nécessité des soins et la dangerosité pour autrui, notamment ses proches, en rappelant l'absence de consentement et l'urgence des soins appropriés ; ne pas mentionner le diagnostic)*

**Il existe un péril imminent pour la santé du malade**

**Ces troubles rendent impossible son consentement**

**Son état impose des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier**

En conséquence, ceci justifie son hospitalisation sur demande d'un tiers selon les termes de l'article **L.3212-3** du Code de Santé Publique dans un établissement mentionné aux articles L.3222-1 du même code.

Je certifie n'être ni parent ou allié, au quatrième degré inclusivement, ni avec la personne ayant demandé l'hospitalisation, ni avec la personne dont l'hospitalisation est demandée.

Fait à, ..... le .....

*Signature et cachet*

**NB** :

- *certificat unique en cas d'urgence établi par un seul médecin*