

CERTIFICAT DE REFUS DE SOINS ET D'HOSPITALISATION

(Sortie Contre Avis Médical)

Ce document atteste que moi, _____
né le _____ ai consulté et ai été examiné au Service
d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier du MANS.

Je reconnais avoir été informé de manière claire, et avoir compris les
risques encourus qui comprennent de façon non limitative :

Je déclare vouloir néanmoins quitter le service, refuser les soins (ou
l'intervention) que me propose le Dr....., et dégage ainsi
le Dr..... et l'Hôpital de toute responsabilité, et de toutes
conséquences, **y compris mortelles**, qui peuvent résulter de ma décision.

Je comprends que, même si je signe ce document, c'est à dire mon
refus de prise en charge, je peux revenir ici, si je le désire. Je comprends que
je suis encouragé(e) à revenir si j'ai des questions ou le moindre problème.

Famille - Ami ou
Entourage présent

DATE

OUI NON

Signature du Patient,

Nom:

Signature

Témoin (nom - prénom) :

Témoin (nom - prénom) :