

Sortie contre avis médical

Sortie contre avis médical

Je soussigné (e) :

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Et demeurant :

Adresse :

Code postal : Ville :

Certifie avoir consulté et été examiné (e) par le Docteur
au sein de votre établissement de santé.

Certifie avoir été totalement informé (e) de manière claire de mon état de santé et avoir compris les risques,
mêmes vitaux, encourus en raison de ma sortie contre avis médical.

Je déclare vouloir néanmoins quitter l'établissement et dégage ainsi ce médecin et l'établissement, de toutes
responsabilités et de toutes conséquences, y compris vitales, qui peuvent résulter de ma décision. Je comprends
que, même si je signe ce document, cela ne m'empêchera pas de revenir sur ma décision.

Signature du patient	
Signatures de tiers	
Signature d'un témoin (professionnel de l'établissement)	Signature d'un témoin (membre de la famille, voisin de chambre, accompagnant, ou professionnel de l'établissement)
Signature du médecin référent	
Nom : Prénom :	

Louhans, le (date) :/...../..... A (heure) :h.....

Extrait de l'article L.111-4a1.3 du Code de la santé publique
« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la
personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »

Informer pour mieux soigner