

Décharge de responsabilité Étant entièrement et clairement informé(e) de mon état et des risques que j'encours, je déclare à ____ H ____ refuser : <input type="checkbox"/> la prise en charge <input type="checkbox"/> mon transport en milieu hospitalier Signature, nom, prénom et date de naissance de : victime, témoin n°1, témoin n°2	Déplacée vers poste	__ H __	<input type="checkbox"/> LSP
	Arrivée des renforts	__ H __	<input type="checkbox"/> DCD
	Médicalisation	__ H __	<input type="checkbox"/> EVAC
	Evacuation	__ H __	<input type="checkbox"/> 17
	Arrivée à l'hôpital	__ H __	<input type="checkbox"/> 15
	Fin d'intervention à	H	<input type="checkbox"/> 18