

**Décharge de responsabilité** Étant entièrement et clairement informé(e) de mon état et des risques que j'encours, je déclare à \_\_\_\_ H \_\_\_\_ refuser : ☐ la prise en charge ☐ 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