

ETIQUETTE
SERVICE



ETIQUETTE
PATIENT

Formulaire imposé par la loi (*)

**Refus de soins / d'hospitalisation
sortie contre avis médical**

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Hospitalisé(e) dans le Service.....

Certifie avoir été informé(e) clairement par le(s)

Docteur(s).....

des éléments suivants concernant mon état de santé :

des constatations radiographiques, biologiques et cliniques

de la nécessité d'une prolongation d'une hospitalisation en vue d'une surveillance clinique

et d'éventuelles investigations complémentaires

avoir entendu et compris les explications du Médecin concernant le risque de complications
immédiates et graves qui pourraient survenir (1)

En conséquence, j'affirme être en pleine possession de mes moyens physiques et intellectuels et
de ce fait, persiste et signe dans mon intention de :

☐ Refuser la totalité des soins prescrits

☐ Refuser les soins suivants :

☐ Refuser l'hospitalisation au CHU

et décide de sortir contre l'avis des Médecins accompagné(e) de : (2)

Fait le :

Signature du patient :

Signature du Médecin :

(1) Ces informations sont notées dans le dossier médical du patient

(2) Nom du ou des accompagnants ou sans personne

N. B : ce document doit être agrafé à la fiche de liaison, il ne remplace pas la signature sur cette dernière, il est en supplément.

Si refus de signer de la part du patient, un procès verbal de ce refus sera dressé par le Médecin.