

A CONSERVER DANS LE DOSSIER MEDICAL

PARTIE A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné(e),

Madame, Mademoiselle, Monsieur : _____

Docteur en Médecine et exerçant en tant que _____ au sein de l'Hôpital Privé NATECIA Lyon,

Certifie avoir été informé que Madame, Mademoiselle, _____

Monsieur : *(Rayer la mention inutile)*

actuellement hospitalisé(e) à l'Hôpital Privé NATECIA Lyon, **refuse les soins proposés et déclare vouloir quitter définitivement l'établissement**

le : _____ à : _____ heures

Le : _____

J'ai personnellement informé de manière claire, précise et compréhensible le patient des risques médicaux qu'il encours et des alternatives thérapeutiques dégradées.

En conséquence, je déclare que ni mes responsabilités civiles et pénales et celles de l'établissement ne pourront être engagées si les risques exposés au patient se réalisaient.

Fait à Lyon, le _____ Signature

PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT

Je soussigné(e),

Madame, Mademoiselle, Monsieur : *(Nom, prénom, nom de jeune fille)* _____

actuellement hospitalisé(e) à l'Hôpital Privé NATECIA Lyon, **refuse les soins proposés et déclare vouloir quitter définitivement l'établissement.**

le : _____ à : _____ heures

Je reconnais avoir été informé(e) de manière claire, précise et compréhensible par le Docteur _____ exerçant dans l'établissement, des risques médicaux encourus du fait de ce refus de soins et de cette sortie contre avis médical.

Je reconnais que cette décision est prise selon ma propre volonté et qu'elle va à l'encontre de l'avis du Médecin.

En conséquence, je reconnais que ni les responsabilités civiles et pénales du Médecin et de l'établissement ne pourront être engagées si les risques qui m'ont été exposés se réalisaient.

Je maintiens néanmoins ma décision.

Fait à Lyon, le _____ Signature