



Ambulances :

Numéro d'intervention :

Date :

- DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ -

Je soussigné(e), madame, monsieur, mademoiselle, *(rayer les mentions inutiles)*

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Demeurant :

agissant en qualité de : *(rayer la mention inutile)*

- moi même :
- autre (préciser) :

refuse pour : *(rayer la mention inutile)*

- moi même
- autre (préciser) :
 - Nom :
 - Prénom :
 - Age:

Reconnait avoir été informé(e) par l'équipage ambulancier de :

Représenté par MR - MME - MLLE, ambulancier diplômé *(rayer la mention inutile)* :

Entourer la mention correspondante

- de mon état de santé tel qu'il est décrit sur la fiche d'intervention établie ce jour par ses soins dont le double m'a été remis,
- des conséquences éventuelles qui pourraient en découler
- de mon refus de soin
- de mon refus de transport en milieu hospitalier
- de mon refus de soins et de mon refus de transport en milieu hospitalier

A savoir *(mentionner le motif d'intervention)* :

et déclare persister dans ce refus et décharger l'équipe de secours et le responsable d'intervention sus cités de toutes les conséquences qui pourraient s'en suivre.

Fait à _____, le _____ à _____ min,
en deux exemplaires originaux - un exemplaire remis à l'intéressé, l'autre conservé par l'équipage

Signature de l'intéressé précédé de la mention «*lu et approuvé, bon pour décharge*»

Signature de l'ambulancier

Témoin 1

Témoin 2