

SECTION REFUS DE SERVICES

DU RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE AS-803



	OUI	NON
Le patient communique sa compréhension de la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient communique son appréciation des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient communique sa capacité de se prendre en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un adulte responsable se trouve sur place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

« En toute connaissance de cause et après avoir été informé par les membres du service ambulancier au sujet des soins à recevoir, je refuse, personnellement ou en ma qualité de répondant*, d'être transporté à l'hôpital ou de recevoir les services énumérés ci-après. En conséquence de ma déclaration, j'assume l'entière responsabilité de mon choix et dégage les intervenants du service ambulancier de toute responsabilité à cet égard pour l'ensemble des dommages découlant directement ou indirectement de ce refus. »

"With full knowledge of the facts and having been informed by the members of the ambulance service about the necessary medical care, I personally refuse - or in my capacity of guardian* - to be transported to the hospital or that the services as listed below be dispensed, in consequence of my declaration, I assume full responsibility for my decision and release the members of the ambulance service from all responsibility in this matter for any damages incurred directly or indirectly from this refusal."

SERVICE(S) REFUSÉ(S)	RAISON(S), CIRCONSTANCE(S)
<input type="checkbox"/> Traitement _____	<input type="checkbox"/> CH proposé _____
<input type="checkbox"/> Civière, civière-chaise _____	<input type="checkbox"/> Refus de tout conseil d'usage _____
<input type="checkbox"/> Transport _____	<input type="checkbox"/> Refus de signer ce formulaire _____
<input type="checkbox"/> Prise en charge par les policiers _____	<input type="checkbox"/> Refus d'être évalué _____
	<input type="checkbox"/> Refus à risque n° _____

	OUI	NON
Le patient communique sa compréhension de la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient communique son appréciation des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient communique sa capacité de se prendre en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un adulte responsable se trouve sur place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

« En toute connaissance de cause et après avoir été informé par les membres du service ambulancier au sujet des soins à recevoir, je refuse, personnellement ou en ma qualité de répondant*, d'être transporté à l'hôpital ou de recevoir les services énumérés ci-après. En conséquence de ma déclaration, j'assume l'entière responsabilité de mon choix et dégage les intervenants du service ambulancier de toute responsabilité à cet égard pour l'ensemble des dommages découlant directement ou indirectement de ce refus. »

"With full knowledge of the facts and having been informed by the members of the ambulance service about the necessary medical care, I personally refuse - or in my capacity of guardian* - to be transported to the hospital or that the services as listed below be dispensed, in consequence of my declaration, I assume full responsibility for my decision and release the members of the ambulance service from all responsibility in this matter for any damages incurred directly or indirectly from this refusal."

SERVICE(S) REFUSÉ(S)	RAISON(S), CIRCONSTANCE(S)
<input type="checkbox"/> Traitement _____	<input type="checkbox"/> CH proposé _____
<input type="checkbox"/> Civière, civière-chaise _____	<input type="checkbox"/> Refus de tout conseil d'usage _____
<input type="checkbox"/> Transport _____	<input type="checkbox"/> Refus de signer ce formulaire _____
<input type="checkbox"/> Prise en charge par les policiers _____	<input type="checkbox"/> Refus d'être évalué _____
	<input type="checkbox"/> Refus à risque n° _____

	OUI	NON
Le patient communique sa compréhension de la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient communique son appréciation des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient communique sa capacité de se prendre en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un adulte responsable se trouve sur place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

« En toute connaissance de cause et après avoir été informé par les membres du service ambulancier au sujet des soins à recevoir, je refuse, personnellement ou en ma qualité de répondant*, d'être transporté à l'hôpital ou de recevoir les services énumérés ci-après. En conséquence de ma déclaration, j'assume l'entière responsabilité de mon choix et dégage les intervenants du service ambulancier de toute responsabilité à cet égard pour l'ensemble des dommages découlant directement ou indirectement de ce refus. »

"With full knowledge of the facts and having been informed by the members of the ambulance service about the necessary medical care, I personally refuse - or in my capacity of guardian* - to be transported to the hospital or that the services as listed below be dispensed, in consequence of my declaration, I assume full responsibility for my decision and release the members of the ambulance service from all responsibility in this matter for any damages incurred directly or indirectly from this refusal."

SERVICE(S) REFUSÉ(S)	RAISON(S), CIRCONSTANCE(S)
<input type="checkbox"/> Traitement _____	<input type="checkbox"/> CH proposé _____
<input type="checkbox"/> Civière, civière-chaise _____	<input type="checkbox"/> Refus de tout conseil d'usage _____
<input type="checkbox"/> Transport _____	<input type="checkbox"/> Refus de signer ce formulaire _____
<input type="checkbox"/> Prise en charge par les policiers _____	<input type="checkbox"/> Refus d'être évalué _____
	<input type="checkbox"/> Refus à risque n° _____

	OUI	NON
Le patient communique sa compréhension de la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient communique son appréciation des risques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient communique sa capacité de se prendre en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un adulte responsable se trouve sur place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

« En toute connaissance de cause et après avoir été informé par les membres du service ambulancier au sujet des soins à recevoir, je refuse, personnellement ou en ma qualité de répondant*, d'être transporté à l'hôpital ou de recevoir les services énumérés ci-après. En conséquence de ma déclaration, j'assume l'entière responsabilité de mon choix et dégage les intervenants du service ambulancier de toute responsabilité à cet égard pour l'ensemble des dommages découlant directement ou indirectement de ce refus. »

"With full knowledge of the facts and having been informed by the members of the ambulance service about the necessary medical care, I personally refuse - or in my capacity of guardian* - to be transported to the hospital or that the services as listed below be dispensed, in consequence of my declaration, I assume full responsibility for my decision and release the members of the ambulance service from all responsibility in this matter for any damages incurred directly or indirectly from this refusal."

SERVICE(S) REFUSÉ(S)	RAISON(S), CIRCONSTANCE(S)
<input type="checkbox"/> Traitement _____	<input type="checkbox"/> CH proposé _____
<input type="checkbox"/> Civière, civière-chaise _____	<input type="checkbox"/> Refus de tout conseil d'usage _____
<input type="checkbox"/> Transport _____	<input type="checkbox"/> Refus de signer ce formulaire _____
<input type="checkbox"/> Prise en charge par les policiers _____	<input type="checkbox"/> Refus d'être évalué _____
	<input type="checkbox"/> Refus à risque n° _____