

CABINET INFIRMIER

(Tampon)

Certificat de refus de soins infirmiers

Je, sousigné-e- :

reconnais avoir été informé(e) de manière claire et précise par mon infirmier-e libéral-e sur les conséquences éventuelles de mon souhait de refuser son intervention et donc de stopper mes soins infirmiers, et avoir compris les risques encourus en cette période de Coronavirus.

Je déclare vouloir néanmoins refuser ses soins et/ou son intervention et dégage ainsi de toutes responsabilités et de toutes conséquences, y compris vitale, qui peuvent résulter de ma décision.

Lu et approuvé (écrit en toutes lettres) :

Lieu : à

Date : le

Signature du Patient :

Signature de l'infirmier-e libéral-e :

Signature possible d'un témoin (Famille - Ami présent) :

Certificat rempli et signé en double exemplaire, dont un remis au patient.

Copie à envoyer par le patient au médecin prescripteur des soins