

**Cas n°1 : Patient majeur capable de prendre une décision réfléchie**

Je soussigné(e), (nom, prénom) .....

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Certifie avoir consulté le Docteur ..... et avoir été totalement informé(e) de manière claire de mon état de santé, de la nature de l'intervention chirurgicale et avoir compris les risques, mêmes vitaux, encourus, notamment les risques d'hémorragies, dans le cadre de mon hospitalisation.

Je déclare refuser :  Toute transfusion,  
 Toute administration de médicament dérivé du sang,

à toutes les étapes de mon hospitalisation, notamment au cours de l'intervention chirurgicale, et dégage ainsi l'établissement et les praticiens y exerçant, de toutes responsabilités et de toutes conséquences, y compris vitales, qui peuvent résulter de ma décision. Je comprends que, même si je signe ce document, cela ne m'empêchera pas de revenir sur ma décision.

Fait à Bourg de Péage,  
Le ...../...../.....

**Signature du patient :**

**Signature du praticien :**

**Cas n°2 : Mineur ou majeur sous tutelle**

Je soussigné(e), (nom, prénom) .....Né(e) le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Représentant légal du patient (nom, prénom) ..... Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Certifie avoir consulté le Docteur ..... Et avoir été totalement informé(e) de manière claire de l'état de santé du patient, de la nature de l'intervention chirurgicale et avoir compris les risques, mêmes vitaux, encourus, notamment les risques d'hémorragies, dans le cadre de son hospitalisation.

Je déclare refuser :  Toute transfusion,  
 Toute administration de médicament dérivé du sang,

à toutes les étapes de l'hospitalisation, notamment au cours de l'intervention chirurgicale, et dégage ainsi l'établissement et les praticiens y exerçant, de toutes responsabilités et de toutes conséquences, y compris vitales, qui peuvent résulter de ma décision. Je comprends que, même si je signe ce document, cela ne m'empêchera pas de revenir sur ma décision.

Fait à Bourg de Péage,  
Le ...../...../.....

**Signature des 2 parents ou du tuteur :**

**Signature du praticien :**

Ce document est à conserver dans le dossier médical du patient.