

SORTIE CONTRE AVIS MEDICAL

Je soussigné,

Nom - Prénom :

Domicile :

Hospitalisé(e) à la Clinique du Grand Avignon.

étiquette

- ☐ reconnais avoir été informé(e) par le **MEDECIN ANESTHESISTE** des risques encourus pour ma santé en cas de sortie prématurée ;
- ☐ reconnais avoir été informé(e) par le **PRATICIEN RESPONSABLE** des risques encourus pour ma santé en cas de sortie prématurée;
- ☐ reconnais sortir de ma propre volonté, sans avoir vu ni le **PRATICIEN RESPONSABLE, ni le MEDECIN ANESTHESISTE.**

"Une information claire, précise et détaillée sur les risques encourus lors d'une sortie contre avis médical ou sans avoir pu au préalable voir le praticien, vous a été délivrée soit par un médecin, soit, à défaut, par les IDE de l'Hébergement."

"Vous attestez en signant la présente fiche avoir reçu et compris les risques encourus pour votre état de santé en sortant de l'établissement de santé dans ces conditions."

Fait le : à : LES ANGLES,

Heure de sortie effective :

Signatures :

Patient(e) :

Témoin :