



**Énergie NB Power**

the power of possibility  
débordant d'énergie

## Refusal of First Aid / Medical Attention

Form/ Formulaire 0425  
Rev. 2018/10

Date (yyyy-mm-dd): \_\_\_\_\_

I understand that I may have an injury/condition and the possible consequences have been explained to me. I understand that the First Aid Provider may not be aware of the full extent of the injury/illness, which may become apparent only by examination by a physician. It is my decision to refuse:

Assessment:

Treatment:

Transport:

<b>Name:</b>	<b>Signature:</b>
<b>Company:</b>	<b>Telephone:</b>
<b>Witness:</b>	<b>Signature:</b>

<b>Reason for Refusal:</b>
_____
_____
_____

Employee verbalizes understanding of risks:      Yes       No

<b>Advice given to employee:</b>
_____
_____
_____

<b>First Aid Provider advised employee to follow up with a medical facility or family physician:</b> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Provider:</b>	<b>Signature:</b>
	<b>Time:</b>



## Refus de premiers soins / soins médicaux

Date (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

Je comprends que je peux avoir une blessure / condition et les conséquences possibles m'ont été expliquées. Je comprends que le secouriste peut ignorer l'ampleur de la blessure / de la maladie, qui peut devenir évidente seulement après un examen médical. C'est ma décision de refuser :

Évaluation:

Traitement:

Transport:

Nom :	Signature :
Entreprise :	Téléphone :
Témoin :	Signature :

**Raison du refus :**

---

---

---

L'employé exprime verbalement qu'il comprend les risques:      **Oui**       **Non**

**Conseils donnés à l'employé :**

---

---

---

Le secouriste a conseillé à l'employé de faire un suivi auprès d'un établissement médical ou d'un médecin de famille :      **Oui**       **Non**

Secouriste :

Signature :

Heure :