



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 :