

Hôpital Privé de Parly 2  
21 Rue Moxouris - 78150 Le Chesnay

**CERTIFICAT DE REFUS DE SOINS**

Je soussigné(e), (nom, prénom) .....

Né(e) le (date de naissance) : : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ et demeurant (adresse du domicile).....

Certifie avoir consulté et été examiné(e) par le docteur .....au sein de  
votre établissement de santé.

Certifie avoir été totalement Informé(e) de manière claire de mon état de santé et avoir compris les  
risques, mêmes vitaux, encourus en raison de mon refus de soins concernant (précisez la nature de  
l'acte ou du soins refusé) :.....

Je déclare vouloir néanmoins refuser les soins et/ou l'hospitalisation proposés avec insistance par  
mon médecin et dégage ainsi ce dernier et l'établissement, 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.

**Signature du Patient**

**Signature de tiers**

**Signature d'un témoin  
(professionnel de l'établissement)**

**Signature d'un témoin  
(membre de la famille, voisin de chambre,  
accompagnant, ou professionnel de  
l'établissement...)**

**Signature du médecin référent**

Le (date) : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à (heure) \_\_ h \_\_

A l'Hôpital Privé de Parly - Le Chesnay

**MIEUX INFORMER POUR MIEUX SOIGNER**

**ATTESTATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR UNE INTERVENTION MEDICALE**

Je reconnais que ce document m'a été expliqué en totalité, que je l'ai lu ou qu'il m'a été lu, que les espaces vides ont été remplis et que je comprends le contenu de ce document.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Identité du patient	Signature du patient
<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Date de naissance : __ / __ / ____</p>	

**Ce document doit être impérativement signé par le patient et remis à l'établissement, au plus tard le jour de son hospitalisation.**

Extrait de l'article L.1111-4 al.3 du Code de la santé publique  
*« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »*

**MIEUX INFORMER POUR MIEUX SOIGNER**