

Certificat de Sortie contre avis médical

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 ma sortie contre avis médical. Je déclare vouloir néanmoins quitter l'établissement et dégage ainsi ce médecin 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.

Le (date) : à (heure) : h

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 : Dr	