

Attestation

Refus de soins dans le cadre du projet d'accompagnement à domicile

Date : / /

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom, Prénom : Date de naissance :

Lieu de vie :

Besions exprimés :

Problèmes ressentis :

Projets personnels envisagés :

PARTIE À REMPLIR PAR LES PROFESSIONNELS

Evaluation des risques à domicile

Réalisée le / / par et validé collégalement le / / avec
les professionnels intervenants auprès de M/Mme.....

Risques identifiés :

Actions prioritaires proposées pour limiter les risques

	J'accepte	Je refuse
.....	☐	☐
.....	☐	☐
.....	☐	☐
.....	☐	☐
.....	☐	☐
.....	☐	☐

Je soussigné(e) :

Nom, Prénom : Fonction :

Structure :

Certifie avoir informé : actuellement accompagné(e) à domicile par

..... refuse les actions proposées suivantes :

-
-
-

PARTIE À REMPLIR PAR LE PATIENT

Je soussigné(e) : Actuellement accompagné(e) à domicile par.....
..... déclare refuser les actions proposées ci-dessus en date du/...../.....

En date du/...../..... je souhaite que mon accompagnement soit celui défini ci-dessus. Je reconnais avoir été informé(e) de manière claire, précise et compréhensible par les professionnels cités ci-dessus des risques encourus du fait de ce refus d'aide et/ou de soins. Je reconnais que cette décision m'est propre et que je peux être à l'initiative d'une modification à tout moment.

Fait à; le/...../.....

Signature :



Tél : 01 86 39 03 50



Mail sécurisé :
contact@dac78nord.mssante.fr



Mail non sécurisé :
contact@dac78nord.fr

Antenne Mantes-la-Jolie
Centre médico-social du Lac,
Rue René Duguay Trouin
78200 Mantes-la-Jolie

Antenne Saint-Germain-en-Laye
155 Rue du Président Roosevelt
78100 Saint-Germain-en-Laye