Annexe 3 : Déclaration du soignant refusant de pratiquer des soins

Date de l’évènement : ….../……./…...

Lieux précis de l’évènement : ……………………………...

Je soussigné Mr/Mme …………….………………………………….. ayant pour fonction :…………………………………... au sein de l’établissement ……………………………………... avoir Refusé de pratiquer les soins suivant : ………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………

à Mr/Mme ……………………………………………………………

pour le motif suivant : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ce refus de soin étant motivé par : (indiquez la loi précise ou le protocole interne justifiant ce Refus) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Signature du soignant :