

REFUSAL OF TREATMENT OR LEAVING HOSPITAL AGAINST MEDICAL ADVICE

A-REFUSAL OF TREATMENT

I, _____ refuse to have this operation, test or
, _____ treatment

NAME OF PATIENT

I agree that _____ has discussed this with me:
NAME OF HEALTH PRACTITIONER

1. The expected benefits, risks and side effects of the treatment.
2. The possible effects if the operation/test/treatment is not done.

I understand this choice may make my/the patient's health worse. I am satisfied with the explanations I received and I
Understand them. My questions have been answered.

B-LEAVING HOSPITAL AGAINST MEDICAL ADVICE

I, _____ elect to leave the hospital against medical
NAME OF PATIENT/SUBSTITUTE DECISION MAKER
advice and refuse to accept any further treatment from this hospital despite being advised by my attending
physician, or delegate,

_____, That for my own health and safety I should continue to remain
NAME OF DOCTOR/HEALTH CARE PROVIDER
In the hospital for further medical care and treatment.

RELEASE

I release the Cornwall Community Hospital, its employees, its agents and doctors from any responsibility or liability for any complications, unfavourable reactions or damages that may result now, or in the future, from my refusing this operation/treatment/procedure, or my leaving the hospital against medical advice.

Name of patient of substitute decision maker	Signature	Date (yyyy-mm-dd)
--	-----------	-------------------

Name of witness	Signature	Date (yyyy-mm-dd)
-----------------	-----------	-------------------

Name of interpreter (if required)	Signature	Date (yyyy-mm-dd)
-----------------------------------	-----------	-------------------

TELEPHONE CONSENT (Signatures) Substitute decision maker	Health Practitioner	Witness
---	---------------------	---------



REFUS DE TRAITEMENT OU DÉPART DE L'HÔPITAL CONTRE L'AVIS DU MÉDECIN

A-REFUS DU TRAITEMENT

Je, _____ refuse de subir cette chirurgie, cet examen ou ce traitement

NOM DU PATIENT

Je reconnais que _____ m'a expliqué :

NOM DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

1. les avantages, risques et effets secondaires anticipés du traitement.
2. les effets possibles si la chirurgie, l'examen ou le traitement n'était pas effectué.

Je comprends que ce choix peut aggraver mon état de santé ou celui du patient. Je suis satisfait des explications que j'ai reçues et je les comprends. On a répondu à mes questions.

B-DÉPART DE L'HÔPITAL CONTRE L'AVIS DU MÉDECIN

Je, _____ décide de quitter l'hôpital contre l'avis du

NOM DU PATIENT/MANDATAIRE SPÉCIAL

médecin et je refuse de subir d'autres traitements médicaux prodigués par cet hôpital, et ce, même si mon médecin traitant ou son remplaçant,

_____, m'a dit qu'il était préférable pour ma santé et ma sécurité de

NOM DU MÉDECIN/PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

rester à l'hôpital afin de recevoir les soins et les traitements médicaux nécessaires.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

Je libère l'Hôpital communautaire de Cornwall, ses employés, ses représentants et ses médecins de toute responsabilité découlant de complications, de réactions indésirables ou de dommages pouvant survenir maintenant ou plus tard à la suite de mon refus de subir cette chirurgie, ce traitement ou cette intervention, ou à la suite de mon départ de l'hôpital contre l'avis du médecin.

Nom du patient ou mandataire spécial	Signature	Date (aaaa-mm-jj)
--------------------------------------	-----------	-------------------

Nom du témoin	Signature	Date (aaaa-mm-jj)
---------------	-----------	-------------------

Nom de l'interprète (s'il y a lieu)	Signature	Date (aaaa-mm-jj)
-------------------------------------	-----------	-------------------

CONSENTEMENT OBTENU PAR TÉLÉPHONE (Signatures) Mandataire spécial	Professionnel de la santé	Témoin
--	---------------------------	--------



English on reverse