**Fédération Internationale d’Escrime**

**CONTRE AVIS MÉDICAL - RECONNAISSANCE ET RENONCIATION**

Nom du patient: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le médecin susnommé a recommandé un traitement spécifique, une méthode de traitement ou un moyen de diagnostiquer et/ou de traiter un problème médical pour le patient susnommé. Cette décision est une décision médicale prise par le médecin sur la base des résultats d'un examen et/ou d'un test de diagnostic. Le médecin estime que cette recommandation est dans le meilleur intérêt du patient.

La ou les recommandations spécifiques faites par le médecin sont les suivantes :

Le patient a choisi de ne pas suivre les recommandations du médecin comme indiqué ci-dessus et accepte la responsabilité de toutes les conséquences de cette décision. Les risques de ne pas suivre les recommandations du médecin ont été pleinement expliqués au patient par le médecin et comprennent les éléments suivants :

Le patient accepte que le médecin ne soit pas tenu pour responsable ou légalement responsable de la décision ou de toute conséquence future de la décision du patient.

En signant ci-dessous, le patient reconnaît qu'il/elle a lu ces informations et a choisi de ne pas suivre les recommandations du médecin.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Signature du patient. Date. Signature du témoin Date

Signature du tuteur (si le patient est âgé de moins de 18 ans). Date