

Refusal of Treatment

Refus de traitement

I, Je soussigné(e), _____, confirm my decision not to consent to the following:
 , confirme ma décision de ne pas consentir à ce qui suit :
PRINTED NAME OF PATIENT/RESIDENT/CLIENT / NOM EN LETTRES MOULÉES DU PATIENT, RÉSIDANT OU CLIENT

- I understand the purpose(s) of the proposed Procedure(s)/Treatment(s)/Investigation(s).
Je comprends les objectifs des procédures, traitements ou enquêtes proposés.
- The possible result(s) of this refusal have been discussed with me by _____
J'ai discuté des résultats possibles du refus avec _____
RESPONSIBLE PARTY OR AUTHORIZED DESIGNATE / PARTIE RESPONSABLE OU AGENT AUTORISÉ
- I acknowledge the Facility, its staff and attending physician(s) hold no responsibility for unfavourable results of this refusal.
Je reconnais que l'établissement, son personnel et mes médecins traitants ne peuvent être tenus responsables de tout résultat défavorable du refus de traitement.

Signed at _____ hours, this _____ day of _____ Year
Fait à _____ heures, le _____ de l'année _____

SIGNATURE OF PATIENT/RESIDENT/CLIENT /
SIGNATURE DU PATIENT, RÉSIDANT OU CLIENT

SIGNATURE OF SUBSTITUTE DECISION-MAKER (IF APPLICABLE) /
SIGNATURE DU DÉCIDEUR SUBSTITUT (S'IL Y A LIEU)

SIGNATURE OF WITNESS / *SIGNATURE DU TÉMOIN*

REASON FOR SUBSTITUTE DECISION-MAKER SIGNATURE /
RAISON POUR LA SIGNATURE DU DÉCIDEUR SUBSTITUT

RELATIONSHIP TO PATIENT/RESIDENT/CLIENT /
LIEN AVEC LE PATIENT, RÉSIDANT OU CLIENT

AGENCY (IF APPLICABLE) / *ORGANISME (S'IL Y A LIEU)*

TELEPHONE CONSENT / *CONSETEMENT TÉLÉPHONIQUE*

I have heard the information and explanation given by the Responsible Party or Authorized Designate to:
J'ai entendu les renseignements et les explications fournies par la partie responsable ou son agent autorisé à :

Name: _____ Phone #: _____
Nom : _____ N° de téléphone : _____

Relationship to Patient/Resident/Client:
Lien avec le patient, résidant ou client : _____

Reason for Telephone Refusal:
Motif du refus téléphonique : _____

and he/she has refused to the proposed Procedure(s), Treatment(s), or Investigation(s), on behalf of the Patient/Resident/Client.
et cette personne a refusé l'exécution des procédures, traitements ou enquêtes proposés au nom du patient, résidant ou client.

Two witnesses are required / *Deux témoins sont exigés*

Witness # <i>1er témoin :</i> _____	PRINTED NAME / <i>NOM EN LETTRES MOULÉES</i>	SIGNATURE / <i>SIGNATURE</i>	DATE & TIME / <i>DATE ET HEURE</i>
Witness # <i>2e témoin :</i> _____	PRINTED NAME / <i>NOM EN LETTRES MOULÉES</i>	SIGNATURE / <i>SIGNATURE</i>	DATE & TIME / <i>DATE ET HEURE</i>

INTERPRETER'S DECLARATION (if applicable)

To the best of my knowledge, I have interpreted the conversation between _____ RESPONSIBLE PARTY OR AUTHORIZED DESIGNATE
 and _____ accurately.
PATIENT/RESIDENT/CLIENT OR SUBSTITUTE DECISION-MAKER

_____ SIGNATURE OF INTERPRETER	_____ PRINTED NAME	_____ DATE
-----------------------------------	-----------------------	---------------