

 COMUP	Choix de l'établissement de soins par le patient - Bon de décharge	
Auteur: COMUP Validé par: COMUP / le 25.10.2018 Méd. cant. / le 30.11.2018	Version 2 Date d'entrée en vigueur : 21.01.2023	Document opérationnel 19.1

Je soussigné(e)

_____ (Nom – Prénom)

Date de naissance

_____ (JJ/MM/AAAA)

Domicile

_____ (Adresse complète)

Pris en charge par

- Ambulances des vallées neuchâtelaises
- Service d'incendie et de secours des Montagnes neuchâtelaises
- Service de la protection et sécurité de la ville de Neuchâtel

_____ (Cocher ce qui convient)

Victime de

_____ (Inscrire le fait ayant motivé l'appel au numéro 144 – Ex : AVP, malaise...)

Demande expressément à être transporté dans l'établissement de soins :

Hôpital/Clinique :	Adresse :
---------------------------	------------------

- Je prends cette décision après avoir été entièrement et clairement informé des risques de frais supplémentaires pouvant être engendrés par mon choix de destination pour poursuivre mon traitement et donne décharge au service d'ambulances qui m'y conduit, ainsi qu'au SMUR, s'il est intervenu.**

Le patient	L'ambulancier leader	Le médecin (si intervention)
-------------------	-----------------------------	-------------------------------------

Lieu :	Date :	Heure :
---------------	---------------	----------------

FIP numéro :
