



WAIVER OF RESPONSIBILITY

I, _____ hereby acknowledge that I have
 been advised by to undergo or
 Dr. _____ accept the following
 (brief description of proposed procedure, treatment, or investigation):

the nature of which has been fully explained to me.

- I HEREBY REFUSE to undergo the above described procedure, treatment or investigation. I have received an explanation about, and I am therefore aware of, the implications to my health of such a refusal to undergo or accept the above-described procedure, treatment or investigation.

- I HEREBY RELEASE the Hospital, its personnel, the Attending Physician and Southern Health-Santé Sud (and all of their directors, officers, employees, agents, members and their respective successors, heirs, executors, administrators, personal representatives and assigns) from all responsibility for any harm, costs, or losses to me or anyone else, howsoever arising, which may result from my refusal to undergo or accept the above-described procedure, treatment or investigation.

Name of Patient/Substitute Decision Maker's Signature	Date	Time
--	------	------

Witness Signature	Date	Time
-------------------	------	------

Print Name of Translator (if required)	Signature of Translator
---	-------------------------



EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ

Je, _____, reconnais avoir été informé(e)
par le

D^r _____ que je devrai subir ou accepter
[courte description de la procédure, du traitement ou de l'enquête proposé(e)]

_____ dont la nature m'a été entièrement expliquée.

- JE REFUSE PAR LES PRÉSENTES d'être soumis(e) à la procédure, au traitement ou à l'enquête décrit(e) ci-dessus. On m'a expliqué les conséquences pour ma santé d'un tel refus, et j'en suis donc conscient(e).
- JE DÉCHARGE PAR LES PRÉSENTES l'hôpital, son personnel, le médecin traitant et Southern Health-Santé Sud (ainsi que ses directeurs, administrateurs, employés, agents, membres, et leurs successeurs, héritiers, exécuteurs, administrateurs, représentants personnels et ayants droit respectifs) de toute responsabilité pour tout préjudice, tous coûts, ou toutes pertes subis par moi ou n'importe qui d'autre, quelle qu'en soit la cause, qui pourraient découler de mon refus de subir ou d'accepter la procédure, le traitement ou l'enquête décrit(e) ci-dessus.

Signature du patient/
décideur remplaçant

Date

Heure

Signature du témoin

Date

Heure

Nom du traducteur
(en lettre moulées),
le cas échéant

Signature du traducteur