

Docteur - Infirmier(e)

Nom :

Prénom:

Adresse:

Appartenant à la brigade sanitaire de: _____

Employé de l'institution : _____

Certifie que je sais que le test PCR inventé par Kary Mullis en 1986 est un test qui ne peut ni identifier ni reconnaître un virus d'un autre et qu'il n'est pas fiable pour détecter le COVID 19 ou SARS COV 2

Je sais qu'en faisant pénétrer un écouvillon dans le nez de

l'enfant: NOM _____ Prénoms: _____

l'adulte: NOM _____ Prénoms: _____

il y a un risque d'atteinte de la barrière encéphalique et que je mets en danger la santé physique ou psychique de:

l'enfant: _____ Prénoms: _____

l'adulte: _____ Prénoms: _____

J'atteste que j'ai bien informé les parents ou l'adulte des faits cités ci-dessus et qu'il peut faire le choix de ne pas accepter le test de Karry Mullis, selon la loi Kouchner ci-dessous.

Loi « Kouchner » du 04 mars 2002 n° 2002-303, art. L1111-4 du Code de la Santé Publique:
« AUCUN ACTE MÉDICAL ni aucun traitement ne peut être pratiqué SANS LE CONSENTEMENT LIBRE et ÉCLAIRÉ de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Chaque parent/patient peut, conformément à loi Kouchner demander aux médecins ou infirmiers (ères) des informations exhaustives sur l'acte médical proposé, et le refuser.

Le consentement doit être LIBRE: « Le médecin doit en outre obtenir dans tous les cas, le consentement du patient avant toute intervention. » (Déontologie médicale du CSP, art. R)

Fait à: _____ Le : _____

Nom et Prénoms: _____

Signature