**Attestation d'information**

**du patient sous MEOPA**

Je soussigné(e)

|  |
| --- |
| Nom: Prénom : Adresse : |

Certifie que , ici présent :

* m'a informé des
conditions de sécurité et de stockage de la bouteille MEOPA, ainsi que de son strict usage professionnel par l'infirmière,

m'a remis le

document d'information correspondant.

J'ai parfaitement compris ces informations et je m'engage à respecter ces règles, dans mon intérêt et celui de mon entourage, en toutes circonstances.

Autres personnes ayant reçu l'information :

|  |
| --- |
| Nom: Prénom : Lien avec le patient :Nom: Prénom : Lien avec le patient : |

Le , à

Signature HAD Signature du patient