

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LE DEPISTAGE DE LA PERSONNE SOURCE

Madame, Monsieur,

Nous évaluons un éventuel risque d'exposition au VIH et aux hépatites B et C d'une personne que nous prenons actuellement en charge.

Afin d'éviter de la traiter inutilement, il est nécessaire de connaître votre statut vis-à-vis de ces virus par une prise de sang.

Nous vous communiquerons (et à vous seul) les résultats de ces dépistages.

- JE DONNE MON ACCORD POUR UN TEST DE DEPISTAGE DES VIRUS VIH ET HEPATITES B ET C.**
- JE NE DONNE PAS MON ACCORD POUR UN TEST DE DEPISTAGE DES VIRUS VIH ET HEPATITES B ET C**

NOM :

Prénom :

Fait à.....

Le.....

**Signature précédée de la mention « lu et
approuvé » :**

Cachet et signature du médecin :

1 exemplaire pour la personne exposée – 1 exemplaire à conserver