FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL POST-EXPOSITION

Madame, Monsieur,

Un traitement antirétroviral après exposition au risque VIH vous est proposé à titre préventif. Il vise à diminuer le risque de transmission de l'infection à VIH sans toutefois annuler ce risque.

Il doit être débuté le plus tôt possible.

Il comprend en général plusieurs antirétroviraux, le plus souvent réuni en 1 seul comprimé et peut durer 28 jours.

Il existe des interactions entre ces antirétroviraux et d'autres médicaments de même qu'il existe des effets secondaires transitoires possibles. Aussi ce traitement nécessite-t-il un suivi médical clinique et biologique avec plusieurs consultations médicales.

J'ai été informé(e) de la nécessité de faire surveiller les sérologies du VIH et des hépatites B et/ou C.

J'ai également été informé(e) de la nécessité de protéger mon/ma partenaire par l'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels et de ne pas donner mon sang pendant la période de surveillance.

Je m'engage si besoin à faire un test de grossesse, à prendre une contraception orale, à arrêter tout allaitement.

☐ **JE DONNE MON ACCORD POUR PRENDRE LE TRAITEMENT PRÉVENTIF SUIVANT PENDANT UNE DURÉE MAXIMALE DE 28 JOURS :**
- ☐ DELSTRIGO® (1 comprimé par jour)
- ☐ ISENTRESS® (2 comprimés par jour) + TRUVADA® (1 comprimé par jour) ou générique
- ☐ Autre :

☐ **JE NE DONNE PAS MON ACCORD POUR LE TRAITEMENT PREVENTIF PAR ANTIRETROVIRAUX**

J'ai été informé(e) des précautions d'emploi et des effets indésirables possibles de ces antirétroviraux.

J'ai également été informé(e) de l'importance de préciser au médecin les différents médicaments que je prends du fait d'interactions possibles avec ce traitement. Les antirétroviraux peuvent diminuer l'efficacité de la contraception orale.

Je m'engage à revoir un médecin pour une surveillance sérologique VIH complète et pour une surveillance clinique et biologique du traitement.

Je m'engage à signaler au médecin tout évènement inhabituel.

Je me réserve le droit d'interrompre le traitement sans avoir à justifier ma décision mais j'en informerai immédiatement le médecin.

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