

(LBM)³	GCS DE BIOLOGIE MEDICALE (LBM)³	R1-a-M-ENR 04
Date d'application : 2022-03-16	CONSENTEMENT LORS D'UN AES POUR LE DEPISTAGE DE LA PERSONNE SOURCE	Version : 3

Madame, Monsieur,

Nous devons actuellement évaluer le risque éventuel d'exposition aux virus VIH, 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 communiquerons les résultats de ces dépistages au médecin prescripteur, médecin référent et médecin du travail ainsi qu'à vous-même uniquement.

Après avoir échangé oralement sur cette information avec le praticien, nous vous remercions de bien vouloir signer le présent document par lequel vous reconnaissez :

- avoir été bien informé(e) des investigations devant être réalisées, de leur utilité, de leur urgence, des autres solutions possibles et des conséquences prévisibles en cas de refus,
- autoriser les praticiens à effectuer les dépistages des virus VIH, hépatites B et C

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ
(Vous êtes la personne concernée par le prélèvement)

Etiquette patient :

Fait le : _____

Signature précédée de la mention
« *J'accepte les analyses proposées* »

MESURE EXCEPTIONNELLE DE DEROGATION

**AUTORISATION POUR MINEUR OU
PERSONNE PLACEE SOUS TUTELLE**

"Je soussigné(e) Dr _____
atteste ne pouvoir recueillir le
consentement en raison de l'état du patient
(inconscient, dément...)
atteste avoir tout mis en oeuvre pour
joindre Mr (Mme) _____,
représentant légal de Mr (Mme)
_____ sans succès.
atteste avoir pris en compte le refus de
Mr (Mme) _____
Dans ces circonstances, les statuts
sérologiques de Mr(Mme) _____
seront déterminés sous ma responsabilité et dans le
bénéfice du patient exposé"
Date et signature :

Nom et prénom du mineur ou de la personne
sous votre tutelle :

Signataire(s) :
Nom(s) : _____
Prénom(s) : _____
Fait
le: _____
Signature(s) précédée(s) de la mention
« *J'autorise les analyses proposées* »