

Centre hospitalier Florac 48400	Consentement du patient pour un examen biologique	DPA/ENG/GEST/O1/C Application le 1/10/13 P1 à P2
------------------------------------	--	---

Je soussigné(e) né(e)
le.....

Responsable légal (*) en tant que.....
de

né(e) le

Service : Médecine SSR

Accepte la réalisation des examens de laboratoire jugés nécessaires à ma - sa (*) prise en charge médicale, notamment pour la recherche de maladie d'origine génétique, la recherche de maladie sexuellement transmissible, ou les sérologies du virus d'immunodéficience humaine acquise (VIH ; SIDA) et des hépatites virales B et C.

Je note que je serai informé(e), dans la mesure du possible, de la réalisation de ces différents examens au fur et à mesure de ma – sa (*) prise en charge ; on me tiendra informé de leur motif de réalisation, et des bénéfices attendus.

J'accepte. Dans ce cas, je souhaite être informé(e) du résultat : oui non

Je refuse.

En cas d'accident d'exposition d'un membre du personnel avec mon sang, j'accepte que soient réalisés en urgence, en vue de protéger l'agent en question, les examens suivants : sérologies pour le VIH et les hépatites virales B et C.

J'accepte. Dans ce cas, je souhaite être informé(e) du résultat : oui non

Je refuse.

Toutes ces informations seront conservées dans le respect du secret médical ; elles ne pourront être transmises à un tiers sans mon accord. Je sais aussi que je peux refuser sans en indiquer les raisons.

à Florac le.....

Signature :

(*) Rayer la mention inutile

Hôpital local Florac 48400	Consentement du patient pour un examen biologique	DPA/ENG/GEST/O1/C Application le 1/10/13 P2 à P2
-------------------------------	--	---

Personnel concerné : Médecins - IDE –Aides soignants

Réf : HAS Chap. 3 –Réf 20

Historique : Rédaction : Création 15//11/08

Version B Modification texte 18/5/10 : Dr T. Bounan

Version C : 1/10/13 : modification document

Vérification : Président du CLIN

Validation : Président du CLIN

Archivage : Bureau RAQ 5 ans