

Consentement éclairé pour réaliser un test de dépistage du VIH

Mon prestataire de soins de santé a répondu à toutes les questions que je me pose au sujet du VIH/SIDA. Les informations concernant le test de dépistage du VIH ainsi que les détails suivants ont été mis à ma disposition :

- Le VIH est le virus qui est à l'origine du SIDA. Il peut être transmis lors d'un rapport sexuel (vaginal, anal, oral) sans protection avec une personne porteuse du VIH ; lors d'un contact avec du sang contaminé comme, par exemple, en partageant des aiguilles (piercing, tatouage ou seringues utilisées dans la consommation de drogue). Une femme enceinte et infectée par le VIH peut le transmettre à son enfant au cours de sa grossesse, pendant un accouchement ou durant l'allaitement.
- Des traitements pour lutter contre le VIH/SIDA existent et peuvent aider à rester en bonne santé.
- Les personnes séropositives peuvent adopter des pratiques saines permettant d'éviter aux personnes contaminées ou non contaminées d'être infectées par l'une des souches du VIH.
- Le test est volontaire et peut être fait de manière anonyme dans un centre de dépistage public.
- La loi protège la confidentialité des résultats et de toute autre information liés au test de dépistage du VIH.
- La loi interdit la discrimination basée sur le statut VIH et il existe des services venant en aide aux personnes qui se trouvent dans cette situation.
- La loi protège la validité du consentement éclairé individuel dans le cas d'un test de dépistage du VIH jusqu'à la révocation de ce consentement par la personne sujette au test de dépistage ou l'expiration dudit consentement.

J'accepte le test de dépistage du VIH. Au cas où les résultats de ce test démontrent que je suis porteur(se) du VIH, j'accepte de me soumettre à un test supplémentaire qui, sur la base de l'échantillon que je fournis aujourd'hui, pourra déterminer le traitement le mieux adapté à mon cas et aider les programmes de prévention du VIH. J'accepte également les tests ultérieurs permettant d'affiner mon traitement. Je comprends que je peux retirer mon consentement pour des tests ultérieurs à tout moment. Si mon test de dépistage du VIH est positif, je comprends que mon fournisseur de soins de santé devra parler avec moi des personnes qui, étant des partenaires sexuels ou avec lesquelles je partage des aiguilles, seraient potentiellement exposées à un risque d'infection.

Je peux révoquer mon consentement oralement ou par écrit à tout moment. Aussi longtemps que ce formulaire est en vigueur, mon fournisseur de soins de santé peut réaliser des tests supplémentaires sans pour autant me demander de signer un nouveau formulaire de consentement. Le cas échéant, il me tiendra informé(e) des autres tests de dépistage du VIH et joindra ceux-ci dans mon dossier médical.

Nom du patient : _____ Date : _____

Signature : _____
Patient ou personne autorisée à donner son consentement

Dossier médical # : _____