DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ DE L'ÉTAT DE NEW YORK
AIDS Institute

Formulaire de renseignements concernant un test de dépistage du VIH

Exemple - Test de dépistage du VIH

Les professionels de santé sont chargés de proposer un test de dépistage du VIH à toutes les personnes âgées de 13 à 64 ans quel que soit le risque apparent. Vous êtes vivement encouragé(e) à accepter ce test ainsi que d'autres examens de dépistage. Il vous permettra de mieux connaître votre état de santé et de pouvoir prendre les décisions adéquates pour rester en bonne santé.

☐ Oui, j'accepte le test de dépistage du VIH.

☐ Non, je refuse pour l'instant le test de dépistage du VIH.

Nom du patient : _____ Date : _____

Signature : _____
Patient ou personne autorisée à donner son consentement