

CONSENTEMENT ECLAIRE

NOM :

Date :

Prénom

Heure :

Le Docteur m'a proposé ce jour la mise en route d'un traitement antirétroviral après exposition possible au VIH.

J'ai été exposé au risque le :

J'ai été informé :

- du risque d'échec malgré le traitement,
- des effets secondaires (troubles digestifs...)
- de la nécessité des prises régulières des médicaments,
- des mesures préventives ultérieures à utiliser (port de gants, préservatifs,...)

J'accepte le traitement.

Signature,