

Etiquette patient :

Je soussigné(e) : (Nom / Prénom)

.....

✓ **Donne mon accord pour être hospitalisé(e)**

Je reconnais avoir été informé(e) des risques liés à mon hospitalisation.

Je consens à ce que les données nécessaires à ma prise en charge soient partagées avec les professionnels qui le nécessitent.

Ces données sont hébergées dans le système d'information sécurisé de l'établissement, garantissant ainsi la confidentialité des données à caractère personnel (*données de santé, données de la pièce d'identité, etc. ...*).

Je donne mon accord pour qu'une recherche de sérologie VIH, VHB, VHC, soit faite dans le cas où un soignant serait victime d'un Accident d'Exposition au risque Viral (piqûre, coupure, projection).

Je souhaite être informé(e) des résultats en cas de prélèvements réalisés : Oui Non

Je désigne le Docteur _____, pour recevoir les informations sur mon état de santé à sa demande.

Il s'agit de mon médecin traitant **Oui** **Non***

****S'il ne s'agit pas du médecin traitant, l'information doit être transmise au médecin adresseur.***

Date : ____/____/____

Signature :