

## Prise en charge des Accidents avec Expositions aux risques Viraux (AEV)

### FORMULAIRE de CONSENTEMENT pour le TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Un traitement antirétroviral après exposition sanguine ou sexuelle au risque VIH vous est proposé à titre préventif : il vise à diminuer le risque de transmission de l'infection à VIH sans toutefois annuler ce risque. Il doit être démarré le plus tôt possible au mieux dans les 4 premières heures suivant l'accident

Il comprend en général plusieurs Antirétroviraux (médicaments antiviraux contre le virus VIH) et dure un mois au total. Il existe des interactions entre ces Antirétroviraux et de nombreux autres médicaments, de même qu'il existe des effets secondaires transitoires possibles.

Aussi, ce traitement nécessite un suivi médical clinique et biologique avec plusieurs consultations médicales.

- ☐ **Je donne mon accord** pour prendre le traitement suivant selon les modalités qui me sont précisées :

- COMBIVIR® : 1 comprimé, 2 fois par jour (matin et soir)
- KALETRA® : 2 comprimés, 2 fois par jour (pendant les repas)
- Autres :

- ☐ **Je ne donne pas mon accord** pour le traitement préventif par Antirétroviraux pour le motif suivant :

.....

- J'ai été informé(e) de la nécessité de faire surveiller dans tous les cas les sérologies VIH et hépatites C et/ou B. J'ai également été informé(e) de la nécessité de protéger mon partenaire par l'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels et de ne pas donner mon sang jusqu'à l'assurance de l'absence de transmission virale. Je m'engage si besoin à faire un test de grossesse, à prendre une contraception orale, à arrêter tout allaitement.
- J'ai été informé(e) des précautions d'emploi et des effets secondaires possibles de ces Antirétroviraux. J'ai également été informé(e) de l'importance de préciser au médecin les différents médicaments que je prends actuellement du fait d'interactions possibles avec ce traitement. Les Antirétroviraux, par exemple, peuvent diminuer l'efficacité de la contraception orale.

- **Je m’engage à revoir le médecin** qui me prescrit ce traitement pour une **surveillance clinique et biologique du traitement et pour une surveillance complète**. En cas de suivi sérologique fait à l’extérieur, **je m’engage** à lui transmettre les résultats des prises de sang.
- **Je m’engage à lui signaler** tout évènement inhabituel.
- Je me réserve le droit d’interrompre le traitement sans avoir à justifier ma décision mais j’en informerai immédiatement le médecin.
- J’ai été informé(e) de l’existence d’une évaluation anonyme de la prise en charge des AEV.

Votre nom :

Votre prénom :

Cachet, nom et signature du médecin :

Votre signature précédée de la mention “*lu et approuvé*” :

Fait à HYERES, le :