Southern Health Santé Sud

POST EXPOSURE to BLOOD and BODY FLUIDS SOURCE CONSENT

_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____
Name of **Source** Date of Birth PHIN

I (Alternate Decision Maker) understand a person (**Exposed**) may have come in contact with my (**Source**) blood or body fluids.

I (Alternate Decision Maker), as the source of the blood or body fluids, consent to have my (source) blood tested for Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis B, and Hepatitis C.

I (Alternate Decision Maker) understand that my (source) blood samples will be labelled with my (source) name for all testing.

I (Alternate Decision Maker) consent to have my (source) possible health risks and the results of my (source) blood tests shared with my (source) primary care provider and the health care team treating the Exposed.

Primary Care Provider of Source: _____
Location of Primary Care Provider's Office: _____
_____

I (Alternate Decision Maker) understand that if my **(source**) test results come back as positive for HIV, a referral for appropriate counseling and treatment is sent to Manitoba HIV Program (204-940-6089; 1-866-449-0165) by the provider who receives my test results.

_____ _____
Signature of **Source**/Parent or Legal Decision-Maker Date

_____ _____
Name of Professional Obtaining Consent Signature of Professional Obtaining Consent

Comments: _____
_____
_____

File original on **Source**'s health record; Provide **Source** with a copy.

Southern Health Santé Sud

POST-EXPOSITION AU SANG ET AUX LIQUIDES CORPORELS
CONSENTEMENT – PERSONNE SOURCE

_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____

Nom de la **personne source** | Date de naissance | Nº d'identification personnelle

Je, (mandataire alternatif), comprends que quelqu'un (**personne exposée)** ait pu entrer en contact avec mon sang ou mes liquides corporels.

Je, (mandataire alternatif), en tant que personne **source** de l'exposition au sang ou aux liquides corporels, consens à ce que mon sang soit analysé pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'hépatite B et l'hépatite C.

Je, (mandataire alternatif), comprends que mes échantillons de sang seront étiquetés avec mon nom lors de chaque analyse.

Je, (mandataire alternatif), consens à ce que les risques éventuels pour ma santé et les résultats de mes analyses de sang soient communiqués à mon prestataire de soins primaires et l'équipe de soins traitant la personne exposée.

Prestataire de soins primaires de la personne source :_____
Adresse du bureau du prestataire de soins primaires : _____
_____

Je, (mandataire alternatif), comprends que si les résultats d'examen me révèlent séropositif, le prestataire de soins de santé qui les reçoit se chargera de m'orienter vers le programme de VIH du Manitoba (204-940-6089; 1-866-449-0165) pour que j'obtienne les services de counseling et le traitement appropriés.

_____ _____

Signature de la **personne source**/parent ou tuteur légal | Date

_____ _____

Nom du professionnel ayant obtenu le consentement | Signature du professionnel ayant obtenu le consentement

Commentaires :
_____
_____
_____

Fournir un exemplaire de ce document à la **personne source** et conserver l'original dans son dossier médical.