

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDIANT SÉROPOSITIF

Je m'engage à m'abstenir de toute intervention sur des êtres humains comportant des actes à risques de transmission (stages en chirurgie, en obstétrique ou à l'urgence, ainsi que les actes auprès de patients polytraumatisés) jusqu'à ce que le vice-doyen des Études médicales de premier cycle (ÉMPC) de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill ait reçu le rapport du Service d'évaluation des risques de transmission d'infections hématogènes (SERTIH) me concernant.

Si ce n'est pas déjà fait, je m'engage à communiquer au Collège des médecins du Québec ainsi qu'au SERTIH que je suis porteur(se) d'une infection transmissible par le sang.

J'accepte que les directeurs de site ou des cours cliniques soient informés, selon les besoins déterminés par la vice-doyenne de l'ÉMPC, de mon infection à diffusion hématogène, ainsi que des recommandations du SERTIH spécifiques à mon cas. Je reconnais que ces directeurs de site ou de cours peuvent divulguer ces informations à mon superviseur s'ils le jugent nécessaire à la sécurité des patients et du personnel soignant.

Je reconnais que si le directeur de site ou d'un cours clinique conclut que les recommandations du SERTIH ont des répercussions considérables sur ma formation dans un cours clinique, les commentaires sur le formulaire d'évaluation clinique incluront une notification de modification du cours sans toutefois divulguer que je suis porteur(se) d'une infection transmissible par le sang.

Je m'engage à suivre les recommandations du SERTIH concernant mon cas spécifique et d'en informer toute personne concernée, en tenant compte de mes responsabilités professionnelles envers mes collègues et les patient(e)s. En particulier, j'informerai immédiatement mon supérieur hiérarchique et les autorités compétentes en matière de contrôle des infections si mon sang est entré en contact avec une plaie, un tissu lésé ou des muqueuses du patient, ou toute autre porte d'entrée similaire.

Je m'engage à faire les démarches nécessaires auprès du SERTIH pour valider l'implication de mon état de santé dans mon choix de programme résidence.

Nom en lettres moulées

Signature

Date

Témoin

Date