

Tampon de l'établissement

## AUTORISATION DE REALISATION D'UN BILAN SEROLOGIQUE DANS LE CADRE D'UN ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

---

Je soussigné(e) :

Nom et prénom du résident \* : \_\_\_\_\_

*\* suivant autonomie du résident :*

Nom et prénom de la famille ou du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Autorise l'EHPAD/USLD [ Nom Etablissement ] à effectuer un prélèvement sanguin pour bilan sérologique au cas où un accident d'exposition au sang surviendrait au cours du séjour.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du résident ou de son représentant légal