



Autorisation pour la transmission de résultats

Patient-e concerné-e (Ecrire en majuscules SVP)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : M / F Tél :

Adresse :

NP et localité :

Je, soussigné-e, délègue du secret médical les collaborateurs de l'Unité de Pharmacogénétique et de Psychopharmacologie Clinique (UPPC) de l'Hôpital de Cery à Prilly et les autorise à transmettre les résultats d'analyses me concernant à :

Dr(e) Mme M.

Nom : Prénom :

Institution :

Adresse :

NP et localité :

Tél :

Email (sécurisé) :

Lieu et date :

Signature :

Patient-e ou représentant légal/thérapeutique

Veillez nous faire parvenir ce document ainsi que la
photocopie d'une pièce d'identité du patient

A l'adresse suivante : Laboratoire UPPC, Route de Cery 11b, 1008 Prilly

ou par Email : labo.uppc@chuv.ch

A remplir par le laboratoire UPPC :

Concerne dossier N° :

Documents transmis le par (nom/prénom) :

Par Courrier Email (sécurisé) Autre :

Classer l'autorisation avec copie des résultats envoyés dans le classeur « Transmission des résultats patients »