



## 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](mailto: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 »