



Autorisation pour la transmission de résultats

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

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

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 :

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Dr(e) <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Autre:..... |
| Nom : |
| Prénom : |
| Institution : |
| Adresse : |
| NP et localité : |
| N° Tél : N° Fax |

Date : lieu :

Signature :

Patient-e ou représentant légal/thérapeutique

Veuillez nous faire parvenir ce document ainsi qu'une photocopie d'une pièce d'identité
du patient à l'adresse suivante

Hôpital de Cery – Laboratoire UPPC – 1008 Prilly ou par fax au n° 021 314 24 44

| |
|--|
| <u>A remplir par le laboratoire UPPC :</u> |
| Documents transmis le par (nom/prénom) : |
| Par <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Fax (validé) <input type="checkbox"/> Autre : |

