



## Consentement patient UBILAB RESULT IDE

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT****MISE A DISPOSITION DES RESULTATS :****INR - HEMOGLOBINE - GLOBULES BLANCS - NEUTROPHILES - PLAQUETTES - HEMOGLOBINE GLYQUEE - GLYCEMIE A JEUN - CRP - PCR COVID****A L'INFIRMIERE LIBERALE ET AU CABINET INFIMIER ASSOCIE**

Je soussigné(e).....

Né(e) le.....

Demeurant à.....

Téléphone (portable de préférence) .....

Accepte que le laboratoire D-Lab transmette mes résultats : INR - HEMOGLOBINE - GLOBULES BLANCS - NEUTROPHILES - PLAQUETTES - HEMOGLOBINE GLYQUEE - GLYCEMIE A JEUN - CRP - PCR COVID à l'infirmière libérale et au cabinet infirmier associé.

Je dispose de l'information que la transmission est sécurisée et soumise à un code de connexion que le laboratoire fournira aux professionnels concernés.

Je dispose de l'information que je peux annuler cette autorisation à tout moment en contactant le laboratoire par quel moyen que ce soit.

Date Signature

Précédées de la mention « lu et approuvé »

**POUR LA SECRETAIRE DU LABORATOIRE :**

- mettre le code UBI en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> prescripteur impérativement
- SCANNER CE CONSENTEMENT DANS LE DOSSIER DU PATIENT
- respecter l'instruction disponible au laboratoire