

Nom du patient : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Sexe :     H         F  
 @Mail : .....

Pour les patients mineurs ou sous  
 tutelle  
 Nom/Prénom du tuteur légal :

**1) Information sur le partage d'informations dans le cadre d'examens transmis à un laboratoire sous-traitant ou de résultats transmis à un organisme d'Etat**

Le laboratoire Synergibio vous informe qu'il peut être amené à transmettre votre prélèvement à un autre laboratoire dans les cas suivants :

- Examens non réalisés au laboratoire Synergibio,
- Examens complémentaires pour compléter le diagnostic si le biologiste le juge nécessaire,
- Incapacité du laboratoire à réaliser l'examen pour cause de panne d'automate, rupture de stock du réactif, etc.
- Examens réalisés par un « Centre de Référence National » (CNR)
- Dosage du chlordécone réalisé à l'Institut Pasteur de Guadeloupe

Dans ce cas, le transfert de votre prélèvement s'accompagne de partage d'informations vous concernant (Nom, date de naissance, adresse, renseignements cliniques etc.) avec l'équipe du laboratoire sous-traitant ou du CNR.

*Décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016 du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé "relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins"*

En vertu de l' Article L3113-1 du Code de la Santé Publique, le laboratoire peut-être dans l'obligation de transmettre vos résultats à des Organismes d'Etat : Agence Régionale de Santé (ARS), Centre de crise de la Direction Générale de la Santé, etc.

**2) Consentements\* au transfert sécurisé de mes résultats**

1/ Transfert de mes résultats dans mon Dossier Médical Partagé     Je consens     Je refuse  
 2/ Transfert de mes résultats sur ma messagerie MS SANTE citoyenne     Je consens     Je refuse

Fait à .....  
 Le .....

Signature du patient ou du tuteur légal :

\* Consentements valables pour tout examen et tout dossier réalisé au laboratoire Synergibio

Nom du patient : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 Sexe :     H         F  
 @Mail : .....

Pour les patients mineurs ou sous  
 tutelle  
 Nom/Prénom du tuteur légal :

**3) Information sur le partage d'informations dans le cadre d'examens transmis à un laboratoire sous-traitant ou de résultats transmis à un organisme d'Etat**

Le laboratoire Synergibio vous informe qu'il peut être amené à transmettre votre prélèvement à un autre laboratoire dans les cas suivants :

- Examens non réalisés au laboratoire Synergibio,
- Examens complémentaires pour compléter le diagnostic si le biologiste le juge nécessaire,
- Incapacité du laboratoire à réaliser l'examen pour cause de panne d'automate, rupture de stock du réactif, etc.
- Examens réalisés par un « Centre de Référence National » (CNR)
- Dosage du chlordécone réalisé à l'Institut Pasteur de Guadeloupe

Dans ce cas, le transfert de votre prélèvement s'accompagne de partage d'informations vous concernant (Nom, date de naissance, adresse, renseignements cliniques etc.) avec l'équipe du laboratoire sous-traitant ou du CNR.

*Décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016 du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé "relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins"*

En vertu de l' Article L3113-1 du Code de la Santé Publique, le laboratoire peut-être dans l'obligation de transmettre vos résultats à des Organismes d'Etat : Agence Régionale de Santé (ARS), Centre de crise de la Direction Générale de la Santé, etc.

**1) Consentements\* au transfert sécurisé de mes résultats**

1/ Transfert de mes résultats dans mon Dossier Médical Partagé     Je consens     Je refuse  
 2/ Transfert de mes résultats sur ma messagerie MS SANTE citoyenne     Je consens     Je refuse

Fait à .....  
 Le .....

Signature du patient ou du tuteur légal :

\* Consentements valables pour tout examen et tout dossier réalisé au laboratoire Synergibio