



LBM SYNERGIBIO  
multi-sites  
2, rue de la République  
97100 BASSE-TERRE

**Autorisation du patient à la diffusion de ses résultats aux infirmiers préleveurs**

Ref : RVC-ENR010 v04  
Version : 04  
Applicable le : 10-03-2024



LBM SYNERGIBIO  
multi-sites  
2, rue de la République  
97100 BASSE-TERRE

**Autorisation du patient à la diffusion de ses résultats aux infirmiers préleveurs**

Ref : RVC-ENR010 v04  
Version : 04  
Applicable le : 10-03-2024



**Identification du Patient :**

Nom de naissance :	Adresse
Nom marital :	
Prénom :	
Date de naissance :	Tél. : Port :

Je, **sousigné(e), M. Mme** .....  
autorise le cabinet ou l'infirmier désigné ci-dessous à récupérer mes résultats d'examens effectués au Laboratoire de Biologie Médicale Synergibio durant la période suivante :

Du ...../...../..... au ...../...../.....

**Identification de l'infirmier(e) ou du cabinet :**

Nom/prénom du représentant :	Cachet/Tampon
Cabinet :	
Tel :	

Fait à ..... Le .....

Signature du patient ou du tuteur légal

Signature du professionnel de santé

**Identification du Patient :**

Nom de naissance :	Adresse
Nom marital :	
Prénom :	
Date de naissance :	Tél. : Port :

Je, **sousigné(e), M. Mme** .....  
autorise le cabinet ou l'infirmier désigné ci-dessous à récupérer mes résultats d'examens effectués au Laboratoire de Biologie Médicale Synergibio durant la période suivante :

Du ...../...../..... au ...../...../.....

**Identification de l'infirmier(e) ou du cabinet :**

Nom/prénom du représentant :	Cachet/Tampon
Cabinet :	
Tel :	

Fait à ..... Le .....

Signature du patient ou du tuteur légal

Signature du professionnel de santé