

Institut de Pathologie Romand SA
Secrétariat
Route de Denges 2
CH - 1027 LONAY
SUISSE

Autorisation et demande de transfert de matériel

Par la présente, la patiente soussignée ou le patient soussigné, désignés ci-après « le patient », autorise l'Institut de Pathologie Romand SA, désigné ci-après « le laboratoire », à transférer tout ou une partie du matériel concernant l'analyse mentionnée ci-dessous à la personne ou à l'organisme précisés ci-dessous et désignés ci-après « le destinataire ».

Par matériel, cette autorisation entend les coupes histologiques, les coupes non colorées, les blocs en paraffine, les tissus congelés et les tissus fixés en formol.

Le patient autorise le laboratoire à effectuer à sa discrétion une sélection du matériel qui sera envoyé en tenant compte des besoins du destinataire.

Ce faisant, le patient délie le laboratoire de toute responsabilité en cas de perte, vol ou endommagement du matériel dans le cadre de ce transfert. En particulier, le patient renonce à faire valoir des dommages et intérêts directement ou indirectement liés à un de ces sinistres.

Par ailleurs, le patient délie le laboratoire du secret médical et autorise le laboratoire à transmettre toutes les informations médicales en sa possession au destinataire.

Analyse	Numéro d'analyse *	_____ H _____		
	Date prélèvement *			
Patient	Nom			
	Prénom			
	Date de naissance			
Destinataire	Institution			
	Nom			
	Rue		N°	
	CP		Ville	
	Pays		Tél.	
Remarques				

* = Si le numéro d'analyse n'est pas connu, merci de mettre la date (approximative) du prélèvement.

Pour des raisons de secret médical, prière de **joindre une copie de la pièce d'identité du patient** (soit carte d'identité, soit passeport) afin de permettre une vérification de la signature sur ce document.

Seules les **demandes originales dûment remplies** avec une **copie de la pièce d'identité** et envoyées **par courrier postal** seront acceptées.

.....
Lieu, Date

.....
Signature du patient (de la patiente)