



Je soussigné :

Nom :
Adresse :

Reconnais avoir reçu les résultats des analyses de biologie médicale réalisées par le laboratoire multi-sites LabOuest (dossier TEST CONVENTION Preuve) par :

- Transmission télématique sécurisée**
- | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apicrypt | <input type="checkbox"/> Apicrypt <u>avec</u> PDF en pièce jointe | <input type="checkbox"/> MSSanté |
| <input type="checkbox"/> Hprim | <input type="checkbox"/> Hprim <u>avec</u> PDF en pièce jointe | <input type="checkbox"/> BioServeur |
| <input type="checkbox"/> SRI | <input type="checkbox"/> Autre système (préciser) : | |
- Fax / Télécopieur

Souhaitez – vous recevoir également une copie papier par courrier (ou coursier) ?

Oui Non

Les résultats sont conformes à la version papier qui m'a été envoyée en parallèle (par FAX ou par mail) et cette transmission répond à mes attentes.

Pour les transmissions avec PDF en pièce jointe, je confirme la bonne réception du fichier au « format texte » **et** du PDF.

Bonne intégration du PDF dans mon logiciel MEDECIN : Oui Non

Nom du logiciel : Version :

Clause de confidentialité :

Je soussignécertifie que les résultats de biologie qui me sont transmis par fax me parviennent dans un lieu inaccessible au public garantissant ainsi leur confidentialité.

Je retourne au laboratoire (service informatique) une impression des résultats reçus dans mon système et les joins à cette convention de preuve dûment signée.

- Département 44 → hotline@labouest.fr (ou fax 02.40.83.19.75)
- Département 49 → hotline@labouest.fr (ou fax 02.41.21.56.57)

En cas d'arrêt des envois par courrier ou coursier, ces modes de transmission déchargent le laboratoire LABOUEST de la remise du résultat papier en accord avec la loi (Décret n° 2016-46 du 26 janvier 2016).

Néanmoins si le professionnel de santé souhaite, pour une raison ou pour une autre, recevoir un résultat papier pour un patient donné, le laboratoire LABOUEST s'engage à le lui fournir.

Par ailleurs, le professionnel de santé s'engage à prévenir le laboratoire LABOUEST de tout changement d'adresse électronique ou de numéro de fax.

Fait à : Le :

Signature du professionnel de santé :

Partie réservée au laboratoire

- ⇒ Vérification de la concordance entre les résultats retournés par le professionnel de santé et les résultats provenant du SIL (PDF archivé).

NOM – Prénom : Le :

Signature Laboratoire :