La présente convention est établie en deux exemplaires

**Je soussigné :**

Nom :………………………………………………………………………………………….. ……

Adresse : …………………………………………………………………………………………..

souhaite recevoir à compter de ce jour les résultats des analyses de biologie médicale réalisées par le laboratoire multi-site LABOUEST uniquement par :

**🞏 Transmission télématique sécurisée** (APICRYPT, HPRIMNET…) – A PRIVILEGIER –

Si la liaison informatique avec notre laboratoire n’est pas configurée ou si vous rencontrez des problèmes, merci de bien vouloir nous contacter :

- Département 44 : informatique@labouest.fr (ou fax 02.40.83.19.75)

- Département 49 : informatique@labouest.fr (ou fax 02.41.21.56.57)

## Le compte-rendu électronique est crypté par le laboratoire et transite par une plateforme sécurisée.

## Les données du compte-rendu électronique sont conservées de manière fidèle, durable et facilement accessible pendant une durée minimale de 5 ans.

* + L’outil utilisé (Hexalis) a fait l’objet d’une déclaration à la CNIL.

**🞏 Fax / Télécopieur**

Le soussigné demande à ce que les comptes rendus de résultats soient transmis exclusivement par fax au numéro suivant : …………………………

Clause de confidentialité :

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

**🞏 Serveur de résultat (pour infirmières et établissements de soins)**

La confidentialité de l’accès aux résultats (consultation et édition) est assurée via la gestion des profils utilisateurs.

Le laboratoire transmettra un identifiant et un mot de passe nominatifs.

Si l’accès au serveur de résultat avec notre laboratoire n’est pas configuré ou si vous rencontrez des problèmes, merci de bien vouloir nous contacter au 02.40.83.36.10.

## 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 biologiste du laboratoire LABOUEST : | Signature du professionnel de santé : |