

**Consentement patient réception INR par SMS IDE****FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – INR PAR SMS POUR INFIRMIER(ERE)**

Je soussigné(e).....

Né(e) le.....

Demeurant à.....

Téléphone (portable de préférence).....

Accepte que le laboratoire D-Lab diffuse mes résultats d'INR par SMS aux professionnels participant à ma prise en charge sanitaire et médico-sociale et plus précisément :

Infirmier(s) :

Je dispose de l'information que la transmission est sécurisée et soumise à un code de connexion que le laboratoire fournira aux professionnels concernés.

Je dispose de l'information que je peux annuler cette autorisation à tout moment en contactant le laboratoire par quel moyen que ce soit.

Date Signature

Précédées de la mention « lu et approuvé »