

# Autorisation de communication des résultats du dépistage



Nom :

Prénom :



Date de naissance :



Adresse :



J'autorise le médecin prescripteur du test réalisé ce jour  
à communiquer les résultats à la direction  
et/ou au médecin de l'établissement AEIM



Médecin prescripteur



Date :



Signature :