

En tant que prescripteur de prestations de laboratoire à ADMED, je demande mon adhésion à:

- L'accès au serveur de résultat ADMED pour la consultation électronique des résultats de laboratoire ADMED, y compris les rapports des laboratoires externes qui transitent par ADMED
- pour nos clients, la transmission des résultats de laboratoire ADMED au format HL7 pour intégration dans mon logiciel de gestion de dossier médical (incluant l'accès au serveur de résultats ADMED)

Logiciel: _____ Fournisseur/répondant: _____

Médecin - prescripteur

Titre: _____ Nom: _____ Prénom: _____

Société / cabinet de groupe / institution: _____

Adresse postale: _____

NPA: _____ Localité: _____ Pays: _____

Tél. fixe: _____ Tél. mobile: _____ Fax: _____

Email: _____ (pour contacts administratifs et/ou assistance)

Votre login HIN: _____ (sera votre login à WEBLAB)

Votre email HIN (ou sécurisé HIN) _____
(pour envoi des comptes rendus de laboratoire par email)

- je suis intéressé à pouvoir me connecter au serveur de résultat avec mon smartphone
(connexion sécurisée avec nom utilisateur + mot de passe + mot de passe unique envoyé par SMS)

Demande d'accès complémentaires

Autres demandeurs:

Je souhaite également visualiser les résultats de laboratoires des institutions pour lesquelles j'ai une pratique:

Institutions: _____

Collaborateurs et collaboratrices

J'autorise de manière permanente et jusqu'à révocation de ma part la consultation de mes prescriptions et celles dont je suis adressé en copie à mes collaborateurs et collaboratrices:

1. Nom: _____ Prénom: _____ Fonction: _____

2. Nom: _____ Prénom: _____ Fonction: _____

3. Nom: _____ Prénom: _____ Fonction: _____

4. Nom: _____ Prénom: _____ Fonction: _____

Connexion cabinet: login HIN du cabinet _____ email sécurisé du cabinet _____

Autorisations supplémentaires:

J'autorise de manière permanente et jusqu'à révocation de ma part la consultation de mes prescriptions et celles dont je suis adressé en copie à mes confrères:

1. Prof / Dr Nom: _____ Prénom: _____

2. Prof / Dr Nom: _____ Prénom: _____

Lieu et date: _____ Signature _____

A retourner daté et signé, par email ou courrier, ou pour toute information complémentaire:

ADMED Weblab, Rue de l'Industrie 7, 2046 Fontaines
email: admed.weblab@ne.ch Tél.: 032 854 35 54