

Déclaration et consentement du patient

Dépistage du cancer

Bienvenue au Programme d'accès au dépistage Champlain! Vous verrez notre infirmière praticienne, qui vous conseillera sur le dépistage du cancer. Nous sommes heureux que vous ayez fait appel à nos services et nous avons hâte de travailler avec vous.

Afin de recevoir les meilleurs soins possible, veuillez lire et accepter les conditions ci-dessous, que nous vous expliquerons à votre première visite. Veuillez cocher chaque case pour confirmer que vous avez bien lu chaque point.

N'hésitez pas à nous poser vos questions en nous appelant au **1 833 551-4125**.

La présente déclaration entre en vigueur à la date de votre signature ci-dessous. En la signant, vous acceptez de respecter ces conditions pendant toute la durée de votre participation au Programme d'accès au dépistage Champlain.

J'ai lu et je comprends que :

- ☐ Le Programme d'accès au dépistage Champlain (ci-après, « **le Programme** ») me propose des services de dépistage du cancer parce que je n'ai pas de fournisseur de soins primaires (médecin de famille ou infirmière praticienne). Si je trouve un fournisseur de soins primaires, je ne pourrai plus recevoir de services du Programme et je devrai plutôt consulter mon fournisseur de soins primaires pour avoir accès à des examens de dépistage du cancer.
- ☐ Les services offerts par le Programme se limitent au dépistage du cancer et au counseling concernant mon admissibilité au dépistage du cancer. **L'infirmière praticienne du Programme ne sera pas mon fournisseur de soins primaires** et elle ne peut pas m'offrir d'autres services de santé. Par exemple, elle ne peut pas rédiger ou renouveler mes ordonnances, ni poser de diagnostic.
 - Je comprends qu'il m'est recommandé de continuer à chercher un fournisseur de soins primaires, par exemple en ajoutant mon nom à la liste d'attente d'Accès Soins.
 - Certains examens de dépistage du cancer donneront des résultats secondaires, ou imprévus, sans aucun rapport avec le cancer et qui ne relèvent donc pas du Programme. Si c'est le cas, l'infirmière praticienne m'expliquera mes options et pourrait m'orienter vers d'autres professionnels de la santé.
- ☐ Je pourrais avoir des symptômes ou des antécédents médicaux qui m'empêchent de faire certains examens de dépistage. Si c'est le cas, l'infirmière praticienne m'expliquera mes options et pourrait m'orienter vers d'autres professionnels de la santé.
 - L'admissibilité à chaque type de dépistage du cancer est variable. On me dira si je suis ou deviens inadmissible, et si je ne peux donc plus avoir accès aux services du Programme.

Certains examens de dépistage du cancer et leur suivi peuvent prendre des mois, voire des années. L'équipe du Programme peut uniquement communiquer avec moi si elle a mes coordonnées à jour. Par

conséquent, j'informerais l'équipe du Programme de tout changement de mes coordonnées personnelles.

- ☐ **Beaucoup de personnes attendent des examens de dépistage du cancer dans le cadre du Programme. Si je veux conserver ma place, je dois me présenter à chaque rendez-vous prévu. Si au cours d'une période de 6 mois, je manque 2 rendez-vous sans préavis ni justification, on pourrait m'exclure du Programme et je ne pourrai alors plus y recevoir des services de counseling. Je comprends qu'une maladie soudaine ou une urgence sont des exceptions.**
 - Voici ce qui constitue une « absence non justifiée » :
 1. Manquer un rendez-vous sans appeler la clinique au moins 48 heures d'avance
 2. Se présenter avec plus de 15 minutes de retard sur l'heure de début d'un rendez-vous.
- ☐ Si je dois annuler un rendez-vous, je dois appeler le Programme au moins 48 heures avant l'heure du rendez-vous pour le reporter. Cela permettra à un autre patient sur la liste d'attente de prendre mon rendez-vous.
- ☐ Le Programme me communiquera les résultats de mon examen de dépistage du cancer et des recommandations sur les prochaines étapes, mais **ne deviendra pas mon fournisseur de soins primaires**. Ce sera à moi de suivre ces recommandations, notamment de contacter, s'il y a lieu, un fournisseur de soins spécialisés.
 - Si mes résultats sont normaux, ce sera à moi de reprendre contact avec le Programme d'accès au dépistage Champlain aux intervalles recommandés. Je **ne recevrai pas de rappel** du Programme pour m'indiquer qu'il est temps de faire un examen de dépistage systématique.
- ☐ Le Programme n'est pas un service d'urgence et n'accepte pas les personnes se présentant sans rendez-vous.
- ☐ Je m'exprimerai et me comporterai en tout temps de manière respectueuse. L'équipe du Programme ne tolère aucun comportement agressif ou harcèlement, ni aucune violence verbale.

J'ai lu, j'ai compris et j'accepte de respecter toutes les conditions énoncées dans cette déclaration. Dans le cas contraire, je pourrais être rayé du Programme d'accès au dépistage Champlain et ne pas y recevoir des soins.

Votre nom complet (en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____