

# Instructions pour remplir le formulaire des renseignements sur le participant



Les programmes de dépistage suivants sont financés et gérés par Santé Ontario et le ministère de la Santé (MS) :

- Programme ontarien de dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale en Ontario
- Programme ontarien de dépistage du cancer du sein
- Le Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus :
- ContrôleCancerColorectal

Utilisez ce formulaire si vous souhaitez :

- arrêter de recevoir des lettres de la part d'un ou plusieurs programmes de dépistage;
- modifier vos renseignements personnels, comme votre adresse ou votre numéro de téléphone.

## Section 1 : Renseignements personnels

Remplissez la section 1 en fournissant des renseignements personnels à jour et corrects.

## Section 2 : Demander de cesser de recevoir des lettres et des appels téléphoniques.

Si vous souhaitez cesser de recevoir des lettres et des appels téléphoniques d'un programme de dépistage, remplissez la section 2. Il est question par exemple des lettres vous invitant à passer un test de dépistage ou vous rappelant quand vous faire dépister. Vous assumez l'entière responsabilité de votre décision d'arrêter de recevoir des lettres et des appels du programme.

## Section 3 : Demande de modification des renseignements personnels

Si vous souhaitez mettre à jour vos renseignements personnels dans le registre des données, comme votre adresse et votre numéro de téléphone, vous devez inscrire à la section 3 vos anciens renseignements personnels devenus désuets.

et inscrire vos renseignements personnels à jour et corrects dans la Section 1. N'oubliez pas de mettre à jour également ServiceOntario et le bureau de votre fournisseur de soins primaires.

## Section 4 : Autorisation

Inscrivez votre signature et la date à la section 4. Si vous êtes un mandataire spécial, vous devez également remplir et renvoyer un formulaire de mandataire spécial/délégué. Renvoyez votre formulaire dûment rempli par la poste ou par télécopieur à :

- **Centre de contact de Santé Ontario**  
Télécopieur : 1 866 682-9534.
- **Centre de contact de Santé Ontario**, 525, avenue University,  
5e étage, Toronto (Ontario)  
Canada M5G 2L3

# Instructions pour remplir le formulaire des renseignements sur le participant

---



En remplissant et en soumettant ce formulaire, vous consentez à la collecte des renseignements personnels que vous fournissez par Santé Ontario. Santé Ontario recueille les renseignements personnels inscrits sur ce formulaire conformément aux paragraphes 38(2) et 41(1) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, chap. F.31 (*LAIPVP*), telle que modifiée. Santé Ontario n'utilisera pas les renseignements personnels que vous fournissez à d'autres fins que celles indiquées sur ce formulaire, à moins que vous n'en donniez votre consentement. Santé Ontario respecte pleinement la LAIPVP et ne recueillera, n'utilisera et ne divulguera vos renseignements personnels qu'en conformité avec la loi et les politiques de confidentialité applicables de Santé Ontario.

## **Accessibilité**

Santé Ontario s'engage à garantir des services et des communications accessibles aux personnes handicapées. Pour obtenir une information présentée sur ce site Web dans un autre format, veuillez communiquer avec le service de communication de Santé Ontario au : 1 877-280-8538, ATS 1 800-855-0511 ou par courriel à [info@ontariohealth.ca](mailto:info@ontariohealth.ca).

## FAQ : Retrait des communications sur les programmes de dépistage.

Les programmes de dépistage du cancer et d'autres maladies chroniques gérées par Santé Ontario pourraient communiquer avec vous par la poste. La plupart des gens qui participent à ces programmes reçoivent 1 ou 2 lettres générées automatiquement chaque année. S'il s'avère nécessaire de communiquer avec vous de façon immédiate, dans le but, par exemple, de prendre un rendez-vous avec un fournisseur de soins primaires, un représentant du programme pourrait vous appeler.

### Quelles lettres pourrais-je recevoir de Santé Ontario concernant le dépistage?

- **Des invitations et des rappels** pour vous aviser de parler des programmes de dépistage avec votre fournisseur de soins primaires.
- **Les résultats de votre test**, après avoir effectué un test de dépistage.
- **Des cartes de rendez-vous**, lorsque nous prenons un rendez-vous pour vous auprès d'un fournisseur de soins primaires.
- **D'autres lettres personnalisées** pour répondre à toutes les questions et préoccupations que vous pourriez nous envoyer.

### Puis-je choisir de ne pas être contacté au sujet des programmes de dépistage?

À votre demande, nous cesserons de vous envoyer des lettres concernant les programmes de dépistage. Pour faire cette demande, remplissez les sections suivantes de Programmes de dépistage du cancer : Formulaire des renseignements sur le participant :

- Section 1. Renseignements personnels
- Section 2. Demande d'arrêt des lettres et des appels téléphoniques
- Section 4. Autorisation

Le traitement de votre demande peut prendre jusqu'à 30 jours. Vous pourriez recevoir jusqu'alors d'autres lettres ou appels téléphoniques au sujet des programmes de dépistage. Une fois votre demande traitée, nous vous enverrons une dernière lettre pour vous informer que vous avez été retiré de la liste de diffusion, à moins que vous ne nous demandiez de ne pas vous envoyer de lettre de confirmation à la section 2 du Formulaire des renseignements sur le participant.

### Qu'est-ce qui changera après avoir demandé de ne plus être contacté par Santé Ontario au sujet des programmes de dépistage?

Vous aurez toujours accès aux mêmes services de soins de santé, y compris les services de dépistage, si vous demandez de ne plus recevoir de lettres et d'appels téléphoniques des programmes de dépistage.

Toutefois, Santé Ontario ne vous enverra pas d'invitation ou de rappel vous avisant de parler avec votre fournisseur de soins primaires lorsque le temps de vous faire dépister sera venu.

Vous ne recevrez pas vos résultats de dépistage par la poste, et on ne vous enverra pas d'information sur le moment opportun pour obtenir le traitement nécessaire lorsque les résultats sont anormaux. Votre fournisseur de soins primaires et vous serez responsables de rester à jour avec vos rendez-vous de dépistage.

Si vous souhaitez obtenir les résultats à vos tests, mais que vous n'avez pas de fournisseur de soins primaires, appelez-nous sans frais du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h au 1 866 662-9233 pour que nous puissions envoyer vos résultats de test par la poste. Veuillez avoir votre carte Santé (RASO) à portée de main lorsque vous appelez afin que nous puissions confirmer votre identité.

Votre fournisseur de soins primaires et vous serez responsables de rester à jour avec vos rendez-vous de dépistage.

### Qu'advient-il de mes renseignements personnels sur la santé après avoir demandé de ne plus recevoir de lettres?

Santé Ontario recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels sur la santé (comme vos résultats de tests) en conformité aux lois régissant la protection de la vie privée (*Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé de 2004* et la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*). De plus, Santé Ontario utilise les renseignements découlant de vos dépistages à des fins de planification, afin de déterminer, par exemple, comment améliorer les services de dépistage pour les personnes en Ontario. Pour garantir une protection adéquate de vos renseignements personnels sur la santé, les pratiques de confidentialité de Santé Ontario sont examinées et approuvées par le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario.

# Instructions pour remplir le formulaire des renseignements sur le participant

## Que puis-je faire si je change d'avis?

Nous serions heureux de vous réinscrire à notre liste de diffusion si vous souhaitez recommencer à recevoir les communications des programmes de dépistage. Appelez le Centre de contact de Santé Ontario sans frais au 1 866 662-9233, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h. Ayez votre carte Santé (RASO) à portée de main pour confirmer votre identité.

# Programmes de dépistage : Formulaire des renseignements sur le participant



## 1. Renseignements personnels

Inscrivez en lettres moulées votre prénom, deuxième prénom et nom de famille actuels (tels qu'ils apparaissent sur votre carte Santé); votre adresse postale actuelle (numéro et nom de rue, ville, province et code postal); votre date de naissance; le numéro de votre carte Santé; votre numéro de téléphone actuel; ainsi que votre adresse courriel actuelle.

Nom de famille		Prénom et deuxième prénom				
Adresse complète				Date de naissance		
				année	mois	jour
Numéro de carte Santé (RASO)		Version	Numéro de téléphone		Adresse courriel	

## 2. Demander de cesser de recevoir des lettres et des appels téléphoniques.

Cochez les cases correspondant aux programmes de dépistage desquels vous ne voulez plus recevoir de communications :

- Programme ontarien de dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale en Ontario
- Programme ontarien de dépistage du cancer du sein
- Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus
- ContrôleCancerColorectal

Si vous remplissez cette section et signez le présent formulaire, vous attestez avoir lu et compris la foire aux questions expliquant l'objectif de ces programmes, les conséquences de l'arrêt des lettres et des appels téléphoniques, ainsi que l'importance du dépistage dans la réduction des décès attribuables au cancer. Vous reconnaissez également que vous assumez la responsabilité de la décision de ne plus recevoir de communications de la part des programmes visés.

Si vous ne souhaitez pas recevoir de lettre confirmant le traitement de cette demande, cochez la case sur cette ligne :  Aucune lettre de confirmation

## 3. Demande de modification des renseignements personnels

Inscrivez vos anciens renseignements personnels en lettres moulées ici; ils seront mis à jour dans notre système en fonction des renseignements personnels inscrits à la section 1.

Nom de famille		Prénom et deuxième prénom			
Adresse complète				Adresse courriel	

## 4. Autorisation

En signant ci-dessous, vous convenez que les renseignements indiqués dans le présent formulaire sont véridiques et exacts et que vous avez compris et accepté les modalités énoncées dans le présent document.

Signature	Date
	year month day

Je suis un mandataire spécial et j'ai joint un formulaire de mandataire spécial/délégué rempli.

### RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU :

Date de réception :

Commentaires :