



Capital Health

Programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC™ – Formulaire de consentement

Dans le cadre de vos soins médicaux reliés au programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC™, nous aimerions tenir à jour une base ou un registre électronique de données sur vos visites/admissions à l'hôpital ainsi que sur votre MPOC (dont les résultats des tests de la fonction pulmonaire, vos antécédents de tabagisme, le nombre de fois que vous avez recours à des antibiotiques, entre autres). Nous utilisons ces renseignements afin de surveiller les soins cliniques et de communiquer les détails de votre traitement à d'autres cliniciens en cas de besoin. De temps en temps, des études peuvent être réalisées à l'aide des renseignements contenus dans la base ou le registre de données du programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC™. Le Comité d'éthique de la recherche de la région de la santé Capital doit approuver au préalable tous les projets de recherche. Aucun renseignement susceptible de vous identifier personnellement ne sera recueilli ou communiqué dans le cadre de la recherche. Nous sollicitons votre consentement pour inclure vos renseignements personnels sur la santé dans notre base/registre de données. Vous êtes libre de refuser de donner votre consentement à cet effet; et votre refus n'aura aucune incidence sur vos soins. Si vous y consentez, vos renseignements ne seront accessibles qu'aux membres autorisés de l'équipe médicale et du personnel de recherche. Vous conservez également le droit de consulter vos renseignements personnels sur la santé et de demander que les corrections pertinentes y soient apportées. Vos informations ne seront pas vendues à des organismes externes et votre vie privée sera protégée en tout temps. Le personnel de l'hôpital et de la recherche a l'obligation professionnelle et juridique de préserver la confidentialité des renseignements sur la santé de tous les patients. Dr Graeme Rocker est responsable de ce service clinique et de cette base (registre) de données.

CONSENTEMENT ET SIGNATURES

J'ai examiné l'information concernant l'établissement de la base/du registre de données du programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC™ contenue dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de discuter de cette demande et de poser des questions auxquelles on a répondu à ma satisfaction.

Je permets aux personnes indiquées dans le présent formulaire d'avoir accès à mon dossier médical. En apposant ma signature sur ce formulaire de consentement, j'accepte que mes renseignements personnels soient inclus dans la base (le registre) de données. Je comprends aussi que je suis libre de retirer l'information me concernant à tout moment.

_____ SIGNATURE DU PARTICIPANT/DE LA PARTICIPANTE	_____ NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	_____/_____ AAAA MM JJ
_____ TÉMOIN DE LA SIGNATURE PAR LE PARTICIPANT/DE LA PARTICIPANTE	_____ NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	_____/_____ AAAA MM JJ
_____ SIGNATURE DE LA PERSONNE AYANT DIRIGÉ LA DISCUSSION ENTOURANT LE CONSENTEMENT	_____ NOM (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)	_____/_____ AAAA MM JJ

Remarque : une copie du présent formulaire sera fournie sur demande.