

## AUTORISATION DE LA PARTICIPANTE À TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE CADRE DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

En acceptant de participer au PQDCS, vous autorisez le responsable du Programme de votre région ou de votre territoire, certains professionnels de la santé ainsi que l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à accéder à certains de vos renseignements personnels.

### 1. Vous autorisez le responsable du PQDCS de votre région ou de votre territoire, ou son représentant, à accéder :

- à votre nom, à votre prénom et à votre adresse ;
- à votre numéro d'assurance maladie ;
- aux coordonnées du médecin qui effectue votre suivi médical dans le cadre du PQDCS ;
- au résultat de votre mammographie de dépistage, tel qu'inscrit par le radiologiste (normal ou anormal) ;
- aux dates et aux lieux de vos examens complémentaires, s'il y a lieu.

#### Pourquoi ?

- Pour que vous puissiez recevoir votre invitation à passer une mammographie de dépistage une fois tous les deux ans.
- Pour que vous puissiez recevoir la lettre de résultat de votre mammographie de dépistage.
- Pour s'assurer qu'un médecin s'occupe de faire votre suivi si des examens complémentaires sont recommandés.

### 2. Vous autorisez les médecins et les autres professionnels qui réalisent vos examens de dépistage et vos examens complémentaires et qui les analysent ou en effectuent le suivi à accéder :

- à tous les examens aux seins réalisés depuis le début de votre participation au Programme, incluant les mammographies de dépistage et les examens complémentaires ;
- aux renseignements contenus dans votre dossier d'usager, incluant les résultats de vos examens, les données cliniques recueillies et le diagnostic posé lors de vos examens.

#### Pourquoi ?

- Pour permettre aux professionnels qui font vos examens de s'assurer de la qualité de leurs soins.
- Pour transmettre aux personnes identifiées aux points 2 et 3 les renseignements nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

### 3. Vous autorisez l'INSPQ à accéder :

- aux renseignements décrits aux points 1 et 2 ;
- à tous les renseignements relatifs à votre décès, incluant les causes de celui-ci.

#### Pourquoi ?

- Pour évaluer et améliorer le Programme – c'est pourquoi les données sont conservées tant que le Programme est maintenu.
- Pour transmettre aux personnes identifiées aux points 1 et 2 les renseignements nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

L'INSPQ a été mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour la gestion du système d'information et pour évaluer le Programme.

### Qu'arrive-t-il si vous refusez de participer au PQDCS ?

Même si vous refusez de participer au PQDCS, si vous passez une mammographie de dépistage dans un centre désigné, les renseignements suivants à votre sujet seront quand même saisis et conservés dans le système d'information du Programme :

- les trois premiers caractères de votre code postal (ex. : G1R) ;
- votre numéro d'assurance maladie ;
- votre nom et votre prénom ;
- la date de votre refus ;
- l'établissement de santé dans lequel vous avez indiqué votre refus.

#### Pourquoi ?

- Pour indiquer au système que vous refusez de participer au Programme et ainsi mettre fin à toutes les activités du Programme vous concernant.
- Pour calculer le taux de refus par région.

Si vous refusez de participer au Programme, mais que vous désirez passer une mammographie, vous devez vous procurer une ordonnance (prescription) auprès d'un médecin ou d'une infirmière praticienne spécialisée (IPS).

De plus, sachez qu'il est possible de vous retirer du Programme en tout temps. Dans ce cas, seuls les renseignements associés à la période durant laquelle vous avez participé seront conservés, et ce, aussi longtemps que le Programme sera maintenu.

### Consentement à participer au PQDCS

Nom de famille :

Prénom :

Numéro d'assurance maladie :

Téléphone :

Adresse actuelle :

Ville :

Code postal :

### Votre décision

Pour prendre une décision éclairée quant à votre participation au PQDCS, assurez-vous d'avoir reçu les renseignements et les explications nécessaires à votre compréhension du Programme et du dépistage. Ces renseignements se trouvent dans le présent formulaire, dans le dépliant Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein : votre décision ainsi qu'en ligne à l'adresse [Quebec.ca/depistage-cancer-du-sein](http://Quebec.ca/depistage-cancer-du-sein).

### Cochez l'option qui s'applique :

J'accepte de participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Je refuse de participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Signature :

Date :

### En cas d'inaptitude :

Signature et titre de la personne autorisée

Date :

(Exemples : conjoint, proche parent, curateur, tuteur ou mandataire)

Le centre de dépistage désigné conservera ce formulaire à titre de confirmation de votre décision.