



En acceptant de participer au projet de dépistage du cancer du poumon, vous autorisez les responsables du suivi des participants, certains professionnels de la santé, les responsables de l'évaluation du projet (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)), à accéder à certains de vos renseignements personnels.

De manière plus précise :

1- Vous autorisez les professionnels de la santé qui réalisent et analysent vos examens de dépistage et vos examens d'investigation et qui en font le suivi, à accéder :

- à votre nom, votre prénom et vos coordonnées (numéro de téléphone, courriel et adresse) ;
- à votre numéro d'assurance maladie ;
- aux renseignements cliniques vous concernant recueillis par un professionnel de la santé ou un établissement dans le cadre de votre participation au projet de dépistage du cancer du poumon, notamment :
 - tous les examens réalisés depuis le début de votre participation, comme la tomodensitométrie axiale à faible dose (ou scan) et les examens d'investigation ;
 - les résultats de vos examens, les données cliniques recueillies par un professionnel de la santé ou un établissement, le diagnostic posé et le traitement reçu qu'il soit antérieur ou non à votre examen ;
 - les informations sur l'évolution de votre statut tabagique et les services de soutien à la cessation tabagique que vous recevez le cas échéant ;
- aux renseignements cliniques vous concernant recueillis avant votre participation au projet de dépistage, notamment :
 - les symptômes s'il y a lieu et autres informations complémentaires permettant d'évaluer le risque de développer un cancer du poumon, comme votre consommation de tabac ;
 - les résultats de vos examens d'imagerie antérieurs pouvant aider à interpréter votre examen de dépistage ;
- aux coordonnées du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée qui effectue votre suivi médical.

Pourquoi ?

- Pour que vous puissiez recevoir des rappels à passer un test de dépistage par tomodensitométrie axiale à faible dose le cas échéant.
- Pour que vous puissiez recevoir la lettre indiquant le résultat de votre test de dépistage, les précisions, les recommandations et le suivi à effectuer, s'il y a lieu.
- Pour que les responsables du projet de dépistage du cancer du poumon s'assurent qu'un professionnel de la santé s'occupe de faire votre suivi si des examens complémentaires sont recommandés.
- Pour permettre aux professionnels de la santé qui font vos examens de s'assurer de la qualité des soins qu'ils prodiguent.

2. Vous autorisez les responsables de l'évaluation du dépistage (INESSS et INSPQ) à accéder :

- aux renseignements décrits au point 1 ;
- aux renseignements relatifs à vos visites à l'urgence le cas échéant (dates et causes) ;
- aux renseignements relatifs aux traitements reçus en lien avec un cancer du poumon détecté, le cas échéant (date et type de traitement) ;
- aux renseignements sur l'utilisation des services de santé qui sont disponibles dans les banques de données clinico-administratives du MSSS et de la RAMQ, 5 ans avant et 10 ans après le dépistage ;
- à tous les renseignements relatifs à votre décès, incluant les causes, advenant la survenue de celui-ci.

Pourquoi ?

- Pour évaluer et améliorer le dépistage du cancer du poumon. C'est pourquoi les données seront conservées tant que le dépistage du cancer du poumon sera offert et qu'il sera nécessaire de les conserver.
- Pour transmettre aux personnes identifiées au **point 1** les renseignements nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Il est important de mentionner que pour l'évaluation du dépistage, les données seront traitées de façon anonyme.

Qu'arrive-t-il si vous refusez de participer au projet de dépistage du cancer du poumon ?

- Si vous refusez de participer au projet, les renseignements suivants à votre sujet seront quand même saisis et conservés, et qu'il sera nécessaire de les conserver :
 - votre code postal ;
 - 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.
- Sachez qu'il est possible de vous retirer du projet de dépistage du cancer du poumon 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 dépistage du cancer du poumon sera maintenu et qu'il sera nécessaire de les conserver.

Pourquoi ?

- Pour mettre fin à toutes les activités du projet de dépistage du cancer du poumon vous concernant, et pour s'assurer de ne plus vous envoyer de lettre de rappel.
- Pour calculer par région le taux de refus de participation au projet.

Consentement à participer au projet de dépistage du cancer du poumon

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone :	Numéro d'assurance maladie :

Votre décision

Pour prendre une décision éclairée quant à votre participation au projet de dépistage du cancer du poumon, assurez-vous d'avoir reçu les renseignements et les explications nécessaires à votre compréhension du projet. Je reconnais que les informations et les explications nécessaires à ma compréhension m'ont été données par un professionnel de la santé. Je reconnais également avoir pris connaissance et avoir compris le contenu du dépliant et du formulaire. Je comprends que ma participation est facultative et que je peux accepter ou refuser de participer au projet de dépistage du cancer du poumon.

Cochez l'option qui s'applique :

- J'accepte de participer de façon expresse au Projet de dépistage du cancer du poumon.
- Je refuse de participer de façon expresse au Projet de dépistage du cancer du poumon.

En cas d'inaptitude :

Signature et titre de la personne autorisée (ou mandataire, tuteur, curateur ou, en leur absence, conjoint, ou à défaut de celui-ci ou d'empêchement, proche parent, personne qui démontre un intérêt particulier pour le participant).

Signature du participant : _____ Date : _____

Signature de la personne autorisée : _____ Date : _____

Titre : _____

Signature de l'infirmière qui obtient le consentement verbal _____ Date : _____

Note : Ce formulaire, à titre de confirmation de votre décision, sera conservé par les responsables du projet de dépistage du cancer du poumon.