



Consentement écrit des sentinelles dans le cadre du Réseau canadien de surveillance sentinelle (RCSS)

Je, consens à ce que la coordonnatrice ou le coordonnateur du programme
(inscrire le nom)
de surveillance de l'efficacité des vaccins antigrippaux communique avec moi et à participer au RCSS pendant la saison 2019-2020.

Je comprends qu'en fournissant mes coordonnées ci-dessous, je peux à tout moment refuser les communications liées à l'étude ou mettre un terme à la participation de mon cabinet à ce réseau, et ce sans pénalité.

Il est entendu que les coordonnées de mon cabinet et de mes patients demeureront confidentielles, qu'aucun renseignement personnel identificateur ne sera partagé et que les renseignements seront utilisés uniquement aux fins de communication des résultats de laboratoire, de mise à jour des données du RCSS, ou à toute autre fin liée au réseau.

Votre nom complet :	<input type="text"/>
Adresse postale complète :	<input type="text"/>
Numéro de téléphone du bureau :	<input type="text"/>
Télécopieur :	<input type="text"/>
Adresse de courriel :	<input type="text"/>
Jour de la semaine et heure où il est le plus facile de vous rejoindre :	<input type="text"/>
Méthode préférée de communication :	<input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Téléphone Autre: <input type="text"/>
Signature:	<input type="text"/>
J'ai besoin de plus d'information avant de donner mon consentement :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Veuillez faire parvenir ce formulaire à Romy Olsha par télécopieur au 416 596-1799 ou par courriel à romy.olsha@oahpp.ca