

# Réseau canadien de surveillance sentinelle

## Formulaire de consentement



### Consentement écrit pour les sentinelles liées au Réseau canadien de surveillance sentinelle (RCSS)

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ (nom en caractères d'imprimerie)

consens à être contacté(e) par le coordonnateur ou la coordonnatrice du programme ontarien d'évaluation de l'efficacité des vaccins contre la grippe et à participer au Réseau canadien de surveillance sentinelle pendant la saison 2025-2026. Je comprends qu'après avoir fourni mes coordonnées ci dessous, je peux, à tout moment et sans pénalité, refuser tout contact futur lié à l'étude ou retirer mon cabinet du Réseau. Il est entendu que les coordonnées de mon cabinet et de mes patients resteront confidentielles, qu'aucun renseignement permettant d'identifier ceux-ci ne sera divulgué et que leurs coordonnées ne seront utilisées que pour communiquer des résultats de laboratoire, faire le point sur les progrès du RCSS ou répondre à d'autres besoins liés au Réseau.

#### **Veillez remplir ce formulaire.**

Nom complet :

Adresse :

Code postal :

Ville:

Province:

N° de tél. du cabinet :

N° de téléc. :

Courriel :

Signature :

J'ai besoin de renseignements supplémentaires avant de donner mon consentement :    Oui            Non

**Veillez remplir le formulaire et l'envoyer par télécopieur ou par courriel au coordonnateur ou à la coordonnatrice du RCSS :**

Téléc. : 416-596-1799

Courriel : SPSN.ON@oahpp.ca