Formulaire d'inscription aux courriers envoyés au nom du médecin

Remplissez ce formulaire si vous souhaitez vous inscrire aux courriers envoyés au nom du médecin pour un ou plusieurs des programmes de dépistage gérés par Santé Ontario. Lorsque vous vous inscrivez, Santé Ontario inclut votre nom dans les lettres de dépistage (p. ex., invitations, rappels) qu'elle envoie à vos patients admissibles au dépistage dans le cadre des programmes que vous choisissez ci-dessous. Les courriers envoyés au nom du médecin constituent une approche fondée sur des données probantes qui peut accroître la participation aux programmes de dépistage. Vous pouvez vous désinscrire des courriers envoyés au nom du médecin en tout temps. Pour en savoir plus, consultez santeontario.ca/courriers-envoyes-au-nom-du-medecin.

Étape 1. Indiquez les programmes de dépistage auxquels vous souhaitez vous inscrire pour les courriers envoyés au nom du médecin

Sélectionnez **toutes** les réponses qui s'appliquent :

- ☐ ContrôleCancerColorectal
- ☐ Programme ontarien de dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale
- ☐ Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus
- ☐ Tout programme de dépistage de Santé Ontario qui adoptera les courriers envoyés au nom du médecin à l'avenir

Étape 2. Entrez vos renseignements

Les courriers envoyés au nom du médecin sont uniquement offerts aux médecins qui exercent dans le cadre d'un modèle d'inscription des patients, comme le modèle de soins complets, le groupe de santé familiale, le réseau de santé familiale ou l'organisme de santé familiale. Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires. Les coordonnées doivent correspondre à celles d'un cabinet figurant auprès de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO); n'utilisez pas vos coordonnées personnelles. L'adresse courriel et le numéro de téléphone que vous fournissez serviront à communiquer avec vous pour toute question concernant les courriers envoyés au nom du médecin.

- Prénom légal* :
- Nom de famille légal* :
- Numéro de l'OMCO* :
- Adresse courriel du cabinet :
- Numéro de téléphone du cabinet :
- Date* :
- Signature* :
  (un délégué ne peut pas signer au nom du médecin)

Étape 3. Soumettez ce formulaire de l'une des façons suivantes

- Télécopieur : 1 866 682-9534
- Courrier : InfoCentre de Santé Ontario,
  525, avenue University, 5e étage,
  Toronto (Ontario) M5G 2L3
- Courriel : screeninginfo@ontariohealth.ca

Des questions?

Composez le 1 866 662-9233 ou écrivez à screeninginfo@ontariohealth.ca.

DECLARATION CONCERNANT LA PROTECTION DE LA VIE PRIVEE

Santé Ontario n'utilisera les renseignements que vous fournissez à aucune autre fin que celles indiquées dans le présent formulaire, à moins que vous n'y consentiez. Santé Ontario se conforme pleinement à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et ne recueillera, n'utilisera et ne divulguera vos renseignements personnels que conformément à la loi et aux politiques applicables de Santé Ontario en matière de protection de la vie privée. Si vous avez des questions sur la façon dont nous recueillons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le Bureau de la protection de la vie privée à l'adresse OH-CCO_legalandprivacyoffice@ontariohealth.ca.