

# Autorisation de la participante à transmettre des renseignements personnels dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)



PROGRAMME  
QUÉBÉCOIS  
DE DÉPISTAGE  
DU CANCER  
DU SEIN

En acceptant de participer au PQDCS, vous autorisez les personnes et l'organisme suivants à avoir accès aux renseignements décrits ci-après :

## 1. Le responsable du Programme dans votre région, soit le directeur de santé publique ou son représentant :

- vos nom, prénom et adresse;
- votre numéro d'assurance maladie;
- les coordonnées du médecin que vous avez désigné pour faire votre suivi médical;
- le résultat de votre mammographie de dépistage, tel qu'il est inscrit par le radiologiste (normal ou anormal);
- les dates et lieux de vos examens complémentaires, s'il y a lieu.

### Pourquoi?

- Pour qu'ils continuent de vous envoyer votre invitation à passer une mammographie de dépistage une fois tous les deux ans.
- Pour qu'ils vous transmettent la lettre de résultat de votre mammographie de dépistage.
- Pour qu'ils s'assurent qu'un médecin s'occupe de faire votre suivi si des examens complémentaires sont recommandés.

## 2. Les médecins et autres professionnels qui font vos examens de dépistage et les examens complémentaires :

- tous les examens aux seins réalisés depuis le début de votre participation au Programme, incluant les mammographies de dépistage;
- les résultats de ces examens, les données cliniques recueillies et le diagnostic posé lors de ces examens.

### Pourquoi?

- Pour permettre aux professionnels qui font vos examens de s'assurer de la qualité de leurs soins.

## 3. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) :

- l'information décrite aux points 1 et 2;
- tous les renseignements relatifs à un décès, incluant les causes du décès, lorsque cela se produit.

### 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?

Si vous passez une mammographie de dépistage dans un centre désigné, l'information suivante à votre sujet sera quand même saisie et conservée dans le système d'information du Programme :

- les trois premiers caractères de votre code postal (ex. : G1R);
- votre numéro d'assurance maladie;
- vos nom et prénom;
- la date de votre refus;
- l'établissement de santé où 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, vous devrez vous procurer une ordonnance pour passer une mammographie.**

Vous pouvez en tout temps décider de vous retirer du Programme. Dans ce cas, seule l'information qui porte sur les périodes pendant lesquelles vous y avez participé sera conservée, aussi longtemps que le Programme est maintenu.

Si vous désirez plus de renseignements sur le Programme québécois de dépistage du cancer du sein, rendez-vous à l'adresse : [msss.gouv.qc.ca/mammographie](http://msss.gouv.qc.ca/mammographie)

## Formulaire de consentement à participer au PQDCS

### IDENTIFICATION

Numéro d'assurance maladie

Prénom et nom de famille

Téléphone

Adresse

### VOTRE DÉCISION

J'ai reçu l'information et les explications nécessaires à ma compréhension du Programme de dépistage. Cette information est présentée ci-dessus ainsi que dans le document intitulé : *Participer au Programme québécois de dépistage du cancer du sein? La décision vous appartient, informez-vous!*

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'incapacité :

Signature et titre de la personne autorisée  
(Époux, proche parent, curateur, tuteur ou mandataire)

Date

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

Santé  
et Services sociaux

Québec

