



THE CHAMPLAIN
CARDIOVASCULAR DISEASE
PREVENTION NETWORK

RÉSEAU DE PRÉVENTION DES
MALADIES CARDIOVASCULAIRES
DE LA RÉGION DE CHAMPLAIN

H-2342, 40 Rue Ruskin Street
Ottawa, ON K1Y 4W7

Tel: 613-798-5555 X18054
Fax: 613-761-4595
www.ccpnetwork.ca



uOttawa
L'Université canadienne
Canada's university



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA



Working together for a healthier world™



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™



Mai 2010

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EN VUE DE LA
PARTICIPATION AU PROGRAMME INTITULÉ :**

**« Amélioration de la prestation des soins cardiovasculaires
(APSC) par le biais de la facilitation des services d'approche »**

Ce programme fournira une assistance aux prestataires qui leur permettront d'accroître la mise en œuvre de directives de pratiques fondées sur des données probantes en vue de la prévention, du dépistage précoce et de la prise en charge de patients atteints de maladies cardiovasculaires et présentant des facteurs de risque cardiovasculaire. Le but de programme de facilitation des services d'approches est de mettre en œuvre des stratégies éprouvées qui pourront être intégrées de façon pratique à la médecine de famille.

Ce programme fera appel à un facilitateur de services d'approche qui se présentera à votre clinique tous les mois. Ainsi, vous ne serez pas appelé à modifier vos méthodes de pratique de quelque façon que ce soit.

Ma participation au programme exigera que :

1. Je permette un examen confidentiel de mes dossiers à deux différentes occasions.
2. Je prévois de courtes visites mensuelles de la part du facilitateur des services.
3. Je consente à l'intégration de mes données à la base de données des services de santé provinciaux à l'*Institute for Clinical Evaluative Sciences*.

Les données du programme seront recueillies par la vérification de dossiers. Je consens à l'utilisation des données regroupées dans l'agrégat. Le programme s'assurera de conserver la confidentialité de tous les renseignements personnels.

Je consens à prendre part au programme et à l'intégration de mes données à la base de données des services de santé provinciaux à l'*Institute for Clinical Evaluative Sciences*. En aucun temps ne serai-je identifié personnellement et mon nom ainsi que tous mes renseignements personnels seront enlevés avant de procéder à l'analyse des données. Advenant que j'aie des questions au cours de l'étude, il me sera possible de communiquer avec le bureau du programme à l'Institut de recherche Élisabeth Bruyère, au 613-562-4262, poste 1458. Pour toutes questions au sujet de mes droits à titre de sujet de recherche, il m'est possible de communiquer avec le président du Conseil d'éthique en recherches de L'Hôpital d'Ottawa, au 613-798-5555, poste 14902.

J'ai pris connaissance de ce formulaire de consentement d'une page.

NOM : _____
(en caractères d'imprimerie)

(signature)

(date)

(rév. 13/05/10)

(Valide jusqu'au 6 juin 2010)