|  |  |
| --- | --- |
|  | **Registre des soins primaires\*** |

L’objectif du Registre des soins primaires est d’identifier les praticiens locaux de soins primaires\* qui seraient prêts à participer aux cliniques de vaccination contre la COVID-19 dirigées ou soutenues par Santé publique Sudbury et districts. Il pourrait s’agir de cliniques de vaccination de masse pour les bénéficiaires admissibles identifiés ou de cliniques mobiles situées dans des lieux d’hébergement collectifs (p. ex., établissements de SLD, refuges). Les personnes inscrites acceptent d’être contactées par la santé publique pour planifier leur participation aux cliniques, en fonction des disponibilités. Santé publique Sudbury et districts s’engage à veiller à ce que les renseignements du Registre demeurent confidentiels et ne soient utilisés qu’aux fins décrites dans le présent document.

\*Pour les besoins du Registre, les *fournisseurs de soins primaires* sont des professionnels de la santé qui ont le pouvoir d’administrer le vaccin contre la COVID-19 sans directive médicale (c.-à-d. les médecins, les infirmières praticiennes, les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées, les pharmaciens, les stagiaires en pharmacie, les étudiants inscrits en pharmacie ou les techniciens en pharmacie).

|  |
| --- |
| **Coordonnées (fournisseur de soins primaires ou organisme)** |
| Nom de famille | Prénom |
|       |       |
| Adresse | Ville | Province | Code postal |
|       |       |       |       |
| Adresse de courriel | Numéro de téléphone |
|       |       |

|  |
| --- |
| **Disponibilité** |
| Date de commencement(aaaa-mm-jj) | Date de fin(aaaa-mm-jj) | Jours de la semaine/Plage horaire(p. ex., mardi et jeudi de 17 h à 21 h) |
|       |       |       |
| Cette inscription est-elle faite dans le cadre d’un organisme ou à titre individuel?  [ ]  Individuel [ ]  Organisme |
| Nom de l’organisme (s’il y a lieu) | Nombre d’employés potentiellement disponibles : |
|       |       |
| Secteur de préférence (cochez toutes les réponses qui s’appliquent) |
| [ ]  Aucune préférence [ ]  Maison SLD/Retraite [ ]  Cliniques de vaccination de masse[ ]  Bénéficiaires de soins à domicile [ ]  Clinique mobile [ ]  Premières Nations[ ]  Installation communautaire [ ]  Cadre de pratique |
| Zone géographique (cochez toutes les réponses qui s’appliquent) |
| [ ]  Ville du Grand Sudbury [ ]  Chapleau [ ]  Gogama[ ]  Sudbury-Est [ ]  Espanola[ ]  Île Manitoulin (est) [ ]  Île Manitoulin (ouest)[ ]  District de l’Île Manitoulin [ ]  Foleyet  |

Les renseignements recueillis dans ce formulaire seront utilisés pour élaborer un Registre de soins primaires pour les fournisseurs de soins primaires qui sont prêts à administrer des vaccins. Les renseignements seront stockés et consultés pour déterminer le calendrier des cliniques de vaccination contre la COVID -19 et à des fins statistiques. Si vous avez des questions à ce sujet, veuillez communiquer avec le responsable de la protection de la vie privée de Santé publique Sudbury et districts au 705.522.9200.

En remplissant ce formulaire et en soumettant ces renseignements, vous reconnaissez que vous êtes qualifié pour administrer des vaccins, que vous êtes un membre en règle de votre ordre, que vous fournissez des services sous votre propre autorité et que vous comprenez et acceptez que vos renseignements soient utilisés de la manière indiquée ci-dessus.

Santé publique Sudbury et districts tiendra, au besoin, un registre de chaque lieu de vaccination où nous avons déployé des fournisseurs de soins primaires pour offrir des services. Ces renseignements doivent être mis à la disposition du Ministère sur demande. Les demandes de remboursement des services des fournisseurs de soins primaires pourraient ne pas être admissibles au paiement si ces renseignements ne sont pas conservés et fournis sur demande.

Veuillez vous reporter à la page 2 pour l’entente de confidentialité.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Entente de confidentialité** |

Je, , déclare, pour la durée de mon manda, que je suis à Santé publique de Sudbury et districts et que ***par la suite*** :

[ ]  je maintiendrai et aiderai à maintenir la confidentialité de tous les dossiers des clients et de Santé publique Sudbury et districts;

[ ]  je maintiendrai et aiderai à maintenir la confidentialité de tous les autres renseignements concernant les clients et Santé publique de Sudbury et districts obtenus dans le cadre de ma relation avec Santé publique de Sudbury et districts;

[ ]  je ne tenterai pas d’obtenir ni de communiquer des renseignements sur les clients ou sur Santé publique Sudbury et districts qui ne sont pas directement liés ou nécessaires pour répondre aux exigences de mon poste ou de mon service au sein de Santé publique Sudbury et districts;

[ ]  je retournerai tous les dossiers et documents (électroniques et papier), propriété de Santé publique Sudbury et districts, qui seront en ma possession à la fin de mon mandat à Santé publique Sudbury et districts.

|  |  |
| --- | --- |
| **Date :** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Signature :** |      Ou [ ]  La case cochée remplace ma signature. \* Si la case est cochée, ce formulaire doit être soumis directement à partir du compte de courrier électronique du signataire. |

**Envoyer le formulaire rempli par courriel à** **hr@phsd.ca****.**