

Comment remplir le formulaire de demande de test immuno-chimique fécal (TIF) pour le dépistage du cancer colorectal par voie postale

Une demande d'analyse inexacte ou incomplète peut entraîner des retards dans les tests ou le rejet de l'échantillon.

Critères d'éligibilité

- Veuillez d'abord consulter cette section afin de confirmer que le patient est éligible au programme ContrôleCancerColorectal.

Kit de remplacement nécessaire

- Cochez cette case et remplissez les sections applicables ci-dessous si un patient a besoin d'un kit TIF de remplacement (si, par exemple, le kit TIF a été perdu, endommagé ou n'a pas été reçu). Si cette case n'est pas cochée, la demande pourra être considérée comme un doublon et rejetée.

Informations sur le demandeur

- **Type de demandeur** : Cochez la case appropriée dans ce champ. Indiquez si vous êtes médecin, infirmier praticien, fournisseur de services mobile ou agent de Health811.
- **Coordonnées** : Veuillez indiquer votre nom complet, votre adresse et votre numéro de télécopie et votre numéro de téléphone. Les fournisseurs de services mobile de Hamilton Niagara Haldimand Brant doivent fournir les coordonnées du médecin traitant responsable. Les agents de Health811 et les fournisseurs de services mobiles du Nord-Ouest n'ont pas besoin de fournir les coordonnées du médecin traitant responsable.
- **Identifiant de l'agent mobile** : Ne remplissez ce champ que si vous êtes un fournisseur de services mobile.
- **Numéro OMCO ou OIIO** : Veuillez fournir votre numéro de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) ou de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO), sauf si vous êtes un agent de Health811 ou un fournisseur de services mobile du Nord-Ouest. Si vous remplissez cette demande dans le cadre d'une directive médicale, veuillez suivre les exigences de documentation de votre directive médicale. Les fournisseurs de services mobile de Hamilton Niagara Haldimand Brant doivent fournir le numéro OMCO du médecin traitant responsable.
- **Copie** : Remplissez cette section si un autre médecin, une infirmière praticienne ou une infirmière responsable d'un poste de soins infirmiers ou d'un centre de santé a besoin d'une copie du rapport de résultats. Veuillez indiquer son nom complet, son numéro de télécopie, son numéro OMCO ou OIIO (le cas échéant) et son numéro de téléphone.

Renseignements sur le patient

- **Nom du patient, numéro RASO et date de naissance** : Veuillez indiquer le nom du patient, son numéro RASO et sa date de naissance. Ces informations doivent correspondre à celles figurant sur la carte RASO du patient.
- **Sexe** : Choisissez le sexe du patient, lequel doit correspondre à celui indiqué sur sa carte RASO. Si son sexe est X sur sa carte RASO, sélectionnez « Autre ». Si son sexe est inconnu, ce champ peut être laissé vide.
- **Adresse du patient** : Veuillez fournir l'adresse du patient, y compris la rue, la ville, la province et le code postal. Ces informations doivent être exactes pour que le patient reçoive ses résultats par courrier et pour protéger sa vie privée; veuillez donc vérifier l'adresse avec le patient. Si le patient n'a pas d'adresse fixe en Ontario, laissez ce champ vide. Le laboratoire contactera tout fournisseur ayant laissé ce champ vide afin de vérifier que le patient ne dispose pas d'une adresse valide.
- **Numéro de téléphone et type de téléphone** : Veuillez indiquer le numéro et le type de téléphone du patient, si possible.

Adresse d'expédition du kit TIF

- Ne remplissez cette section que si le patient souhaite que son kit TIF soit envoyé par la poste à une adresse en Ontario différente de celle indiquée dans la « Section 2 : Renseignements sur le patient » ou s'il n'a pas d'adresse postale principale. Vous devez remplir cette section si l'adresse postale principale du patient est vide, sinon il ne recevra pas de kit TIF.
- Veuillez fournir l'adresse postale complète, y compris l'adresse, le nom de l'établissement (le cas échéant), la ville et le code postal. Parmi les exemples d'établissements, on peut citer les centres de santé communautaires et les postes de soins infirmiers. Les informations de cette section doivent être exactes pour que le patient puisse recevoir un kit TIF et pour protéger sa vie privée. Si le patient n'habite pas à cette adresse, il devra récupérer son kit TIF à cette adresse.

Vérification du demandeur

- Signez et datez la demande. Une image numérisée de votre signature (signature électronique) ne sera acceptée que si elle est générée par un logiciel de dossier médical électronique certifié.

Vous souhaitez obtenir ce renseignement dans un format accessible? 1-877-280-8538 | ATS 1-800-855-0511 |

info@ontariohealth.ca.

Document available in English. Please contact info@ontariohealth.ca



Santé Ontario
Action Cancer Ontario