

## Trousse de TIF – Formulaire de demande

Veuillez remplir le présent formulaire de demande de test de dépistage à domicile, puis le soumettre à Santé Î.-P.-É. :

- par télécopieur, au 902-370-5870,
- par courriel, à [colcancerscreening@ihis.org](mailto:colcancerscreening@ihis.org),
- par la poste, au Programme de dépistage du cancer colorectal, Centre de santé Four Neighborhoods, 152, chemin St. Peter's, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 5P8.

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de carte-santé : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

Acceptez-vous de recevoir des messages par courriel?

- Non  
 Oui

Si oui :

Je reconnais et j'accepte les risques associés à l'envoi de renseignements personnels par courriel. Je comprends qu'il y a des risques associés à l'envoi de renseignements personnels à une adresse de courriel non protégée, y compris les risques qu'un tiers accède à l'information pendant sa transmission. Je décline l'option de recevoir mes renseignements personnels sous forme chiffrée. J'accepte les risques et je demande à Santé Î.-P.-É. de m'envoyer mes renseignements personnels à l'adresse de courriel que j'ai fournie.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_