

Devenir patient partenaire au sein de l'USSM : formulaire d'expression d'intérêt

L'Unité de soutien SRAP des Maritimes (USSM) assure le pont entre les patients partenaires et les occasions de prendre part à des recherches axées sur le patient au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Pour plus de renseignements au sujet des patients partenaires, veuillez visiter le <http://www.spor-maritime-srap.ca/fr/patients-et-public>.

Renseignements personnels			
Nom de famille	Prénom(s)	Nom préféré	Pronom (p.ex. elle/il/iel)
Adresse postale			
Rue	Ville	Province	Code postal
Téléphone	Téléphone cellulaire	Adresse courriel	
Préférences de communication			
1. Comment préférez-vous que vous soit acheminée l'information concernant les possibilités d'engagement? Veuillez cocher une seule case.			
Par téléphone		Par courriel	
2. Préférez-vous recevoir cette information en anglais ou en français? Veuillez cocher une seule case.			
En Anglais		En français	
Vos intérêts			
L'USSM appuie la recherche portant sur une vaste gamme de sujets liés à la santé. Ainsi, nous sommes toujours intéressés à en apprendre davantage sur les questions de santé qui importent aux résidentes et résidents des provinces Maritimes.			
3. Quels sujets vous intéressent-ils dans le domaine de la santé? Veuillez sélectionner autant d'options que vous le souhaitez. Veuillez utiliser la case « Autres » pour indiquer d'autres sujets liés au domaine de la santé.			
<p>Les maladies chroniques (p. ex. le diabète, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], etc.) - Veuillez préciser :</p> <p>Le vieillissement et le vieillissement en santé (p. ex. les soins à long terme, la démence, etc.)</p> <p>Les déterminants sociaux de la santé (p. ex. le revenu, le niveau d'éducation, la sécurité alimentaire, etc.)</p> <p>Les données administratives (p. ex. étudier un changement dans la prestation des soins de santé par le biais d'une analyse statistique)</p> <p>La santé des enfants</p> <p>Le soutien aux personnes handicapées</p> <p>La santé mentale</p> <p>Les soins de santé primaires (p. ex. l'accès à un médecin de famille)</p> <p>La technologie de la santé</p> <p>Les essais cliniques</p> <p>Autres - Veuillez préciser :</p>			

Devenir patient partenaire au sein de l'USSM : formulaire d'expression d'intérêt (suite)

4. Quels types d'occasions d'engagement vous intéressent-ils le plus? Veuillez sélectionner autant d'options que vous le souhaitez.

Se porter bénévole comme membre d'une équipe de recherche qui se rencontre régulièrement

Se joindre à un comité consultatif qui se rencontre mensuellement ou bimensuellement

Participer à des activités ponctuelles (p. ex. des ateliers ou des sondages)

Participer à des activités sur le Web (p. ex. des webinaires ou des discussions sur Twitter)

Autres - Veuillez préciser :

Je ne suis pas certain(e) et j'aimerais en discuter avec quelqu'un de l'USSM

Renseignements complémentaires

5. Comment avez-vous entendu parler de l'USSM?

J'ai vu une affiche dans une clinique ou dans un autre endroit. Veuillez préciser :

Un groupe communautaire ou un organisme caritatif m'a fait parvenir de l'information

J'ai pris connaissance de l'USSM par l'entremise d'un site Web consacré au bénévolat

J'ai reçu de l'information par l'entremise des réseaux sociaux

Un(e) ami(e), un(e) membre de ma famille ou un(e) collègue m'a parlé de l'USSM

Par l'entremise du site Web de l'USSM

Autres. Veuillez préciser :

Politique de confidentialité

- L'USSM est assujettie à la loi provinciale et à des politiques internes en matière de gestion des documents lorsqu'elle recueille et emmagasine votre information. Ces lignes directrices nous aident à recueillir et à conserver votre information de façon sécuritaire.
- L'USSM se servira de vos coordonnées pour vous informer au sujet d'occasions d'engagement telles que des activités, des comités et des projets de recherche. Nous nous servirons aussi de vos coordonnées afin de vous aider à prendre part à ces occasions d'engagement, par exemple en vous présentant à des chercheurs, à des responsables de projets ou à d'autres employés de l'USSM.
- L'USSM ne partagera pas votre information sans votre consentement, la seule exception étant l'éventualité où nous serions requis de le faire en vertu de la loi.

Signature du candidat

Veuillez taper ou signer votre nom ci-dessous.

Signature :

Date :

Veuillez faire parvenir votre formulaire par courriel à :

Yvonne Hanson, coordonnatrice de l'engagement des patients de l'USSM, à yvonne.hanson@nshealth.ca.

La coordonnatrice de l'engagement des patients de l'USSM communiquera avec vous pour discuter de votre expression d'intérêt.