

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Services médicaux avant le départ, Programme fédéral de santé intérimaire, Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

Tous les réfugiés à l'étranger qui sont bénéficiaires du Programme fédéral de santé intérimaire et qui doivent se soumettre à un examen médical aux fins de l'immigration ou recevoir des vaccins par l'intermédiaire de l'Organisation internationale pour les migrations doivent lire et signer le formulaire

A. En lien avec l'examen médical aux fins de l'immigration (EMI) requis dans le cadre de ma demande d'immigration au Canada et payé par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), j'accepte ce qui suit :

1. Je comprends que l'EMI fait partie du processus de réinstallation comme l'exige Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). Je comprends que j'ai le droit de refuser l'EMI, mais je reconnais que ce refus aura une conséquence défavorable sur ma demande d'immigration au Canada.
2. Je comprends que l'équipe médicale de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) peut me demander de me soumettre à d'autres examens ainsi qu'à certains tests ou traitements médicaux afin de compléter l'évaluation médicale et/ou de me conformer aux exigences de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du Canada. Pour chacune de ces demandes, je comprends qu'on me parlera des conséquences de l'admissibilité médicale, ainsi que de celles de mon choix de refuser de passer les examens et les tests ou de recevoir des traitements particuliers.
3. Je comprends l'importance de divulguer à l'équipe médicale de l'OIM des renseignements complets et véridiques sur ma santé, au meilleur de mes connaissances, en particulier si je suis enceinte ou si je pense l'être.
4. J'autorise le personnel médical de l'OIM à effectuer l'EMI et j'autorise l'OIM, ses employés, son personnel médical ou ses représentants à communiquer les résultats ou les dossiers de l'EMI à IRCC et à la Croix Bleue Medavie à des fins d'administration du PFSI. L'EMI comprend, entre autres, un examen physique complet, un questionnaire sur mon état de santé passé et actuel, une radiographie pulmonaire, un dépistage sanguin du VIH et de la syphilis, ainsi qu'une analyse d'urine.
5. Si les résultats de cet EMI montrent que j'ai des problèmes de santé qui pourraient représenter un danger pour la santé publique, je comprends que pour être admis(e) au Canada, je pourrais devoir consulter une autorité provinciale, territoriale ou locale en matière de santé publique à des fins de suivi médical dès mon arrivée au Canada.
6. Je comprends que, en vertu de la loi, tous les fournisseurs de soins de santé sont tenus de signaler certains troubles médicaux aux autorités locales.

Je suis d'accord

Je ne suis pas d'accord

B. En lien avec les vaccins offerts par l'OIM et payés par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), j'accepte ce qui suit :

1. J'accepte de recevoir des vaccins pour moi-même ou les personnes à ma charge et je confirme que j'ai lu le contenu des énoncés de renseignements sur la vaccination qui m'ont été donnés ou qui ont été donnés aux personnes à ma charge et/ou qui m'a été expliqué.
2. Je reconnais que j'ai eu l'occasion de poser des questions et je confirme que je comprends les bénéfices et les risques associés aux vaccins qui me sont offerts et qui sont offerts aux personnes à ma charge.
3. Je comprends que, en vertu des lois en vigueur au Canada, je peux refuser de recevoir un vaccin en raison de mon opposition à toute forme de vaccination, et que mon refus n'aura aucune incidence sur mon admissibilité aux fins de la réinstallation au Canada.
4. J'autorise l'OIM, ses employés, son personnel médical ou ses représentants à m'administrer des vaccins ou à en administrer aux personnes à ma charge.
5. J'autorise l'OIM, ses employés, son personnel médical ou ses représentants à communiquer les dossiers de vaccination à IRCC et à la Croix Bleue Medavie à des fins d'administration du PFSI.

Je suis d'accord

Je ne suis pas d'accord

Nom du client : _____ Signature : _____ Date : _____

*Si le client est âgé de
moins de 16 ans*

jj-mm-aaaa

Nom du tuteur : _____ Signature : _____ Date: _____

jj-mm-aaaa

Nom du conseiller: _____ Signature : _____ Date: _____

jj-mm-aaaa