Formulaire reçu le : **Inscrire la date (à remplir par l'établissement)**

|  |
| --- |
| 1. **INSTRUCTIONS**
 |
| **Évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (EFVP)**L’article 19.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) confie au directeur des services professionnels (DSP) le pouvoir d’autoriser les demandes d’accès aux dossiers des usagers à des fins de recherche, mais réfère maintenant aux critères énoncés aux nouveaux articles 67.2.1 à 67.2.3 de la *Loi sur l’accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*(Loi sur l’accès). Selon ces dispositions, la communication de renseignements personnels sans le consentement des personnes concernées à des fins d’étude, de recherche ou de production de statistiques peut s’effectuer si, entre autres critères, une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée est effectuée. Cette évaluation doit conclure que l’ensemble des critères définis dans la Loi sur l’accès est respecté, à l’aide ou non de mesures de mitigation. L’organisme public qui communique des renseignements personnels conformément à la Loi sur l’accès doit préalablement conclure une entente avec la personne ou l’organisme à qui il les transmet. L’entente entre en vigueur 30 jours après sa réception par la Commission d’accès à l’information.Toutefois, si l’objectif de votre projet peut être atteint par la communication de renseignements **anonymisés ou agrégés**(voir les définitions à la section 4 du présent formulaire)ou que la communication des renseignements personnels peut **s’appuyer sur un consentement valide des personnes concernées**, vous n’avez pas à remplir ce formulaire (les articles 67.2.1 à 67.2.3 de la Loi sur l’accès ne s’appliquent pas)**.**Dans le cas de projet de recherche ayant fait l’objet d’une approbation éthique, vous constaterez que plusieurs questions du présent formulaire sont redondantes avec des questions de la demande à faire au comité d’éthique de la recherche. Pour des raisons d’assurance de conformité légale, ceci est malheureusement inévitable. Cependant, **veuillez assurer la cohérence des informations fournies dans les deux demandes**.Veuillez joindre le présent formulaire dûment rempli à l’endroit approprié de votre demande dans Nagano (pour les projets de recherche avec approbation éthique) ou le faire parvenir par courriel à l’adresse suivante : evaluation.projets.recherche.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca**Processus de la demande**: Veuillez consulter l’[annexe 1](#_Annexe_1) pour en savoir plus sur le processus d’EFVP.  |

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**
 |
| **Nom :**      **Fonction :**      **Nom de ou des établissement(s) affilié(s) :**      **Service/département :**       | **Adresse professionnelle :**      **Courriel :**      **Téléphone :**       |

|  |
| --- |
| 1. **IDENTIFICATION DU PROJET ET NATURE DE LA DEMANDE**
 |
| **Titre du projet :**       |
| **Quelle(s) direction(s) de programme(s) du CCSMTL est ou sont visée(s) par ce projet?**       |
| **Fins du projet :** [ ]  Études (p. ex. : qualité de l’acte)[ ]  Enseignement[ ]  Production de statistiques[ ]  Recherche (avec approbation éthique) 🡪 Numéro Nagano du projet (p. ex. 2022-5555) :       |
| **Nature de la demande :**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Nouvelle demande[ ]  Modification d’une demande existante **🡪** | **Veuillez remplir uniquement les sections du formulaire visées par la modification** |

 |

|  |
| --- |
| 1. **NIVEAU D’IDENTIFICATION DES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS**
 |
| **À quel niveau d'identification de renseignements aurez-vous accès?** **! Veuillez cocher le niveau le plus identifiable auquel vous aurez accès tout au long du projet (dès l’accès aux renseignements jusqu’à leur destruction). Par exemple, si vous avez accès à des renseignements identifiables lors de la consultation ou l’extraction des données dans les dossiers, même si ceux-ci sont ensuite dépersonnalisés ou anonymisés, vous devez cocher « renseignements identifiables ».** [ ]  Renseignements identifiablesRenseignements permettant d’identifier une personne en particulier par des identificateurs directs (par exemple, nom, numéro d’assurance sociale ou numéro d’assurance maladie) ou qui peuvent vraisemblablement permettre d’identifier une personne par une combinaison d’identificateurs indirects (par exemple, date de naissance, lieu de résidence ou caractéristique personnelle distinctive; EPTC2, chapitre 5A).[ ]  Renseignements dépersonnalisés (codés, dé-identifiés, liste de cas sans identifiants)Renseignements dont les identificateurs directs ont été retirés et remplacés par un code. Si ce code est accessible, il peut être possible de réidentifier des participants précis (par exemple, si le responsable du projet ou le chercheur principal conserve une liste permettant d’associer, au besoin, le nom de code des participants à leur vrai nom; EPTC2, chapitre 5A).[ ]  Renseignements anonymisés Renseignements dont tous les identificateurs directs sont irrévocablement retirés et pour lesquels aucun code permettant une réidentification ultérieure n’est conservé. Le risque de réidentification de la personne à partir des identificateurs indirects restants est faible ou très faible (EPTC2, chapitre 5A). De plus, des renseignements dépersonnalisés pourraient être considérés comme étant anonymisés dans les projets où le chercheur ou le responsable du projet n’a pas accès à la clé du code (EPTC2, art. 5.5B).[ ]  Renseignements agrégésIntégration de renseignements concernant de nombreux individus. Il n'est pas possible de retrouver une personne en particulier à partir de renseignements agrégés.S’il s’agit de renseignements **anonymisés** ou **agrégés**, vous n’avez pas besoin de remplir le présent formulaire.En cas de difficultés dans la détermination du niveau d’identification, veuillez communiquer avec : evaluation.projets.recherche.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca  |

|  |
| --- |
| 1. **UTILISATION ET TYPES DE RENSEIGNEMENTS**
 |
| * 1. **Dans quel but souhaitez-vous utiliser les renseignements?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Vérification des critères d’éligibilité **🡪** [ ]  Étude rétrospective[ ]  Étude prospective[ ]  Autre :       | **Si vous avez uniquement répondu « vérification des critères d’éligibilité », veuillez répondre à la question 13. Vous n’avez toutefois pas besoin de remplir le reste du formulaire.**  |

 |
| * 1. **Quelle(s) clientèle(s) ou quelles personnes est ou sont concernée(s) par les renseignements demandés?**
 |
| * 1. **Veuillez préciser le nombre total de personnes visées par la demande :**
 |
| * 1. **De quelle(s) source(s) proviendront les renseignements? Veuillez cocher toutes les catégories qui s’appliquent.**

[ ]  Renseignements provenant de biobanque(s) (données d’analyses d’échantillons) 🡪 veuillez identifier et décrire la ou les biobanque(s) :      [ ]  Renseignements provenant de registre(s) d’usagers (p. ex. registre québécois du cancer) 🡪 veuillez identifier et décrire le(s) registre(s) :      [ ]  Renseignements des usagers provenant des systèmes d’information du CCSMTL ou provenant de bases de données de services cliniques colligées ou non dans un formulaire de collecte ou Case Report Form (CRF) (p. ex., Oacis, I-CLSC, SIC-SRD, SIPAD, PIJ, etc.)🡪 Veuillez identifier et décrire le(s) système(s) ou base(s) de données :      [ ]  Renseignements des usagers provenant des dossiers des usagers uniquement disponibles sur un document manuscrit/papier et conservés au service des archives et information clinique🡪 veuillez préciser :      [ ]  Renseignements des employés provenant des dossiers des employés ou de systèmes d’information du CCSMTL contenant des informations sur les employés 🡪 veuillez préciser :      [ ]  Autre(s); veuillez préciser :       |
| * 1. **Quels sont les critères par lesquels les dossiers/renseignements à consulter seront ciblés (par exemple, sexe, âge, diagnostic, traitement, etc.)?**
 |
| * 1. **Quelle est la période couverte par les renseignements auxquels vous souhaitez accéder (p. ex. dossiers des usagers xyz du 1er janvier 1980 au 31 décembre 1985)?**

Du      au        |
| * 1. **Quel est le nombre de variables qui seront incluses dans la liste des renseignements demandés incluant les variables répétées\*?**

[ ]  Inférieur à 100 variables [ ]  De 100 à 500 variables [ ]  Plus de 500 variables*\*Exemple d’une variable répétée : la variable date de suivi pour un suivi quotidien sur sept (7) jours.* |
| * 1. **Veuillez faire l’inventaire de toutes les variables/renseignements demandés ou joindre la liste des variables/renseignements en annexe :**

      |
| * 1. **a) Aurez-vous accès à des renseignements personnels\*?**

*\* « (…) sont personnels les renseignements qui concernent une personne physique et permettent de l’identifier. » (Loi sur l’accès, ch. A-2.1, art. 54)*

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Non |  |
| [ ]  Oui  | * **Si oui, veuillez justifier la nécessité d’avoir accès à ces renseignements personnels** :
 |

**b) Si oui, parmi les renseignements auxquels vous aurez accès, veuillez préciser lesquels seront EXTRAITS ET CONSERVÉS dans les dossiers de recherche? Veuillez cocher toutes les catégories qui s’appliquent, préciser la nature des renseignements ainsi que justifier la nécessité de les conserver aux fins du projet.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Types de renseignements :** | **Veuillez préciser et justifier.** |
| [ ]  | Nom |       |
| [ ]  | Toutes les subdivisions géographiques plus petites qu'un État, y compris l'adresse postale, la ville, le comté, le quartier, le code postal et leurs géocodes équivalents, à l'exception des trois premiers chiffres du code postal |       |
| [ ]  | Tous les éléments de dates (sauf l'année) pour les dates qui sont directement liées à une personne (ex: date d'admission, date de décès, date de diagnostic, etc.) et toutes les dates (y compris l'année) visant une population de 90 ans et plus. |       |
| [ ]  | Numéros de téléphone ou de télécopie |       |
| [ ]  | Identificateurs d'appareil et numéros de série |       |
| [ ]  | Adresse courriel  |       |
| [ ]  | Localisateurs universels de ressources Web (URL) |       |
| [ ]  | Numéros d'assurance sociale (NAS) |       |
| [ ]  | Adresses de protocole Internet (IP) |       |
| [ ]  | Numéros de dossier médical |       |
| [ ]  | Identifiants biométriques, y compris les empreintes digitales et vocales |       |
| [ ]  | Numéros de bénéficiaires du plan de santé |       |
| [ ]  | Photographies de face et toutes images comparables |       |
| [ ]  | Numéros de compte |       |
| [ ]  | Tout autres numéro, caractéristique ou code d'identification unique |       |
| [ ]  | Numéros de certificat/licence |       |
| [ ]  | Renseignements sociodémographiques |       |
| [ ]  | Renseignements d’imagerie (p. ex. : IRM, CT Scan) |       |
| [ ]  | Renseignements d’enregistrements ou de vidéo (p. ex. : ECG) |       |
| [ ]  | Renseignements sur des patients ayant une pathologie ou condition rare |       |
| [ ]  | Variables numériques ou quantitatives (p. ex. : valeur de laboratoire) |       |
| [ ]  | Variables catégorielles ou recodées (p. ex. : variable IMC en catégorie, codes diagnostic ICD-10) |       |
| [ ]  | Variables de type date (p. ex. : date de suivi) |       |
| [ ]  | Variables de texte ouvert (open-text) (p. ex. : notes médicales, notes de rapport) |       |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **AUTRES DEMANDES D’ACCÈS**
 |
| **Veuillez mentionner** **toutes les personnes et tous les organismes à qui vous faites une demande similaire aux fins du même projet :**[ ]  Aucun[ ]  Établissement(s) du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS); veuillez préciser :      [ ]  Organisme(s) relevant du MSSS (par ex. INSPQ); veuillez préciser :      [ ]  Ministère(s) ou organisme(s) relevant du gouvernement du Québec; veuillez préciser :      [ ]  Université(s); veuillez préciser :      [ ]  Autre(s); veuillez préciser :       |

|  |
| --- |
| 1. **NÉCESSITÉ DE L’OBTENTION DE RENSEIGNEMENTS PERMETTANT D’IDENTIFIER DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT LES PERSONNES CONCERNÉES**
 |
| **Expliquez brièvement pourquoi l’objectif de votre projet ne pourrait-il être atteint que si les renseignements sont communiqués sous une forme permettant d’identifier les personnes concernées et non sous une forme anonymisée?**       |

|  |
| --- |
| 1. **DÉMONSTRATION DE L’IMPOSSIBILITÉ DE L’OBTENTION DU CONSENTEMENT**
 |
| **Pourquoi serait-il impossible pour vous d’obtenir le consentement des personnes concernées par les renseignements? Vous pouvez sélectionner plus d’un élément.**[ ]  Nombre élevé de personnes; veuillez spécifier le nombre :      [ ]  Proportion élevée des participants éventuels pour lesquels les coordonnées ne sont plus à jour depuis la collecte des données initiales[ ]  Proportion des participants éventuels qui sont probablement décédés depuis la collecte des données initiales, ou qu’il n’est pas approprié de contacter[ ]  Les ressources humaines, matérielles, financières et organisationnelles ainsi que les autres ressources requises pour obtenir le consentement imposeraient au responsable du projet ou à l'organisation un fardeau tel que le projet ne pourrait pas être réalisable[ ]  Il y a un risque d'introduire un biais dans le projet en raison de la perte de données quant à la portion de la population qu'il est impossible de contacter pour obtenir leur consentement, ce qui affecterait la validité des résultats obtenus ou irait à l'encontre des objectifs du projet[ ]  Autre(s); veuillez préciser :      **Au besoin, veuillez ajouter toutes les informations nécessaires afin de justifier votre réponse :**     **! Veuillez noter que des raisons comme la facilité du processus d'accès sans consentement via la présente procédure d’EFVP, la lourdeur administrative liée à l'obtention du consentement, la crainte d'un refus (ou toute autre justification similaire) ne sont pas suffisantes pour justifier l'impossibilité d'obtenir le consentement.** |

|  |
| --- |
| 1. **IMPORTANCE DE L’INTÉRÊT PUBLIC DU PROJET**
 |
| **À votre avis, comment les objectifs de votre projet répondent-ils aux besoins d'intérêt public (pertinence sociale)? Parmi les objectifs suivants, veuillez cocher ceux qui s’appliquent à votre projet :** [ ]  Améliorer des connaissances sur une maladie ou un trouble[ ]  Développer ou améliorer des pratiques diagnostiques[ ]  Développer des traitements, programmes ou méthodes d’intervention pour améliorer la santé ou la qualité de vie de la population québécoise[ ]  Améliorer le bien-être des futurs usagers du RSSS au Québec[ ]  Améliorer la qualité de vie de la population québécoise[ ]  Répondre à un besoin de santé publique ou à un besoin de prévention ou de promotion de la santé[ ]  Améliorer la prestation des soins de santé ou des services sociaux[ ]  Faciliter la prestation d'un ou de plusieurs autres services publics[ ]  Éclairer la prise de décision en matière de politiques publiques |

|  |
| --- |
| 1. **ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS (LORS DU TRANSFERT OU L’EXTRACTION)**
 |
| * 1. **Par qui et comment se fera l’accès aux renseignements demandés? Veuillez cocher l’une des deux options (1o ou 2o) ou une combinaison des deux, et remplir tous les champs requis (a et b).**
 |
| [ ]  1o Préparation, extraction et transfert par des personnes-ressources du CIUSSS du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal (CCSMTL) : [ ]  Équipe des archives médicales[ ]  Équipe responsable de la gestion du lac de données ou de l’entrepôt de données [ ]  Autre instance de l’établissement; veuillez préciser :      * **a) Quelle sera la méthode de transfert des renseignements vers votre équipe et les mesures de protection qui seront prises lors du transfert?**

[ ]  Transfert de données cryptées via un protocole de communication sécurisé. Veuillez donner des précisions sur le protocole :      [ ]  Transfert via une plateforme collaborative accessible par le Web, authentification par nom d’utilisateur et mot de passe (par ex. plateforme RedCap). Veuillez donner des précisions sur la plateforme :      [ ]  Selon la méthode privilégiée par les archives médicales de l’établissement; veuille préciser :      [ ]  Autre(s); veuillez préciser :      * **b) Veuillez préciser, s’il y a lieu, toutes autres informations pertinentes sur le processus de transfert des renseignements vers votre équipe :**
 |
| [ ]  2o Collecte/extraction par l’équipe du projet :[ ]  Accès à distance avec une authentification par nom d’utilisateur et mot de passe[ ]  Accès sur place avec une authentification par nom d’utilisateur et mot de passe * **a) Quelle est la période prévue de l’extraction des renseignements par votre équipe?** Du      au

 * **b) Veuillez préciser, s’il y a lieu, toutes autres informations pertinentes sur le processus d’extraction des renseignements par votre équipe :**
 |
| * 1. **Nommez toutes les personnes de l’équipe qui auront accès aux renseignements\* :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom/prénom : |       | Fonction : |       | Affiliation : |       |
| Nom/prénom : |       | Fonction : |       | Affiliation : |       |
| Nom/prénom : |       | Fonction : |       | Affiliation : |       |
| Nom/prénom : |       | Fonction : |       | Affiliation : |       |
| Nom/prénom : |       | Fonction : |       | Affiliation : |       |
| Nom/prénom : |       | Fonction : |       | Affiliation : |       |

\* Pendant la réalisation du projet, si la liste de personnes qui ont accès change, veuillez faire parvenir la mise à jour de la liste par courriel à : evaluation.projets.recherche.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca \* Le responsable du projet s’engage à faire signer un engagement à la confidentialité à tous les membres de l’équipe à qui les renseignements seront rendus accessibles.  |

|  |
| --- |
| 1. **CONSERVATION ET DESTRUCTION DES RENSEIGNEMENTS**
 |
| **! Le responsable du projet aura la responsabilité d’assurer la sécurité des renseignements qui lui seront communiqués et devra prendre les mesures de mitigation adéquates pour protéger les renseignements obtenus tout au long du cycle de vie de ceux-ci, jusqu’à leur destruction. Nous vous invitons à consulter la figure à l’**[**annexe 2**](#_Annexe_2) **pour comprendre vos obligations en matière de sécurisation des renseignements qui seront sous votre responsabilité.**  |
| * 1. **Quels seront les systèmes ou les supports utilisés pour traiter et conserver les renseignements? Veuillez cocher tous les cas applicables.**

[ ]  Système informatique sécurisé du CCSMTL **🡪 Si vous prévoyez utiliser ce système exclusivement, veuillez ne pas répondre à la question 11.2. et continuer directement à la question 11.3.** [ ]  Systèmes informatiques de l’établissement auxquels est affilié le demandeur; veuillez préciser :      [ ]  Systèmes informatiques sécurisés personnels **🡪 L’utilisation de l’ordinateur personnel n’est pas recommandée et les systèmes information de l’établissement d’affiliation doivent être privilégiés. Veuillez justifier l’utilisation d’un tel système personnel :**[ ]  Services infonuagiques; veuillez préciser le lieu de l’hébergement (province, pays, ce dernier devra être au Canada) :      [ ]  Copies de sauvegarde numériques sur des supports amovibles (ex. clé USB, disque dur, portable, etc.), **chiffrées en tout temps**; veuillez préciser et justifier :      [ ]  Documents imprimés[ ]  Autre(s); veuillez préciser :       |
| * 1. **Pour les systèmes extérieurs à l’établissement (CCSMTL), veuillez préciser quelles procédures de sécurité seront mises en place pour protéger ces systèmes (voir des exemples de procédures ci-dessous) :**
* **Ne pas répondre si vous prévoyez utiliser exclusivement le système informatique sécurisé de l’établissement (CCSMTL).**

     À titre d’exemples, voici une liste non exhaustive de mesures de sécurité des systèmes informatiques qui peuvent être mises en place : * Accès contrôlé à l’ordinateur et au réseau (p. ex. nom d’utilisateur, mot de passe fort, etc.)
* Ordinateur exempt d’une prise de contrôle à distance
* Ordinateur doté d’un logiciel antivirus reconnu comme efficace avec les mises à jour actuelles
* Ordinateur doté d’un système d’exploitation pris en charge avec les correctifs et mises à jour actuels
* Ordinateur protégé contre les intrusions physiques et logiques
* Ordinateur muni d’un fureteur courant et d’un port sécurisé HTTPS fonctionnel
* Ordinateur déconnecté (physiquement ou via accès sans-fil) de tout dispositif amovible comportant une capacité d’emmagasinage mémoire tel que : clé USB, carte mémoire, disque portatif, disque optique, tablette, téléphone intelligent, etc.
* Etc.
 |
| * 1. **Veuillez préciser toutes les mesures de protection des renseignements que vous mettrez en place dès l’accès à ces derniers et jusqu’à leur destruction (voir des exemples de mesures ci-dessous) :**

     À titre d’exemples, voici une liste non exhaustive de moyens de protection des renseignements qui peuvent être mises en place : * Contrôler et limiter l’accès aux appareils et aux supports utilisés (p. ex. authentification par nom d’utilisateur et mot de passe, etc.)
* Limiter et sécuriser l’environnement de travail et les lieux physiques où seront conservés les renseignements (limiter l’accès aux seules personnes autorisées, local fermé à clé, carte d’accès, meubles de rangement fermés à clé, etc.)
* Protéger les fichiers et supports numériques utilisés (mot de passe, chiffrement, etc.);
* Chiffrer les renseignements conservés sur des sites infonuagiques;
* Réduire le niveau d’identification des renseignements (dépersonnaliser ou anonymiser);
* Limiter les risques de réidentification (conserver la clé de codes sur un support ou dans un lieu différent de ceux des renseignements dépersonnalisés, etc.);
* Etc.
 |
| * 1. **Délai prévu de conservation des renseignements :**

      |
| * 1. **Veuillez préciser les modalités de destruction qui seront prises (voir des exemples de modalités ci-dessous) :**

     À titre d’exemples, voici une liste non exhaustive de stratégies de destruction définitive qui peuvent être utilisées, selon le support utilisé : * Papier (original et toutes les copies) : déchiqueteuse (de préférence à découpe transversale);
* Ordinateur : supprimer les fichiers, vider la corbeille;
* Médias numériques à réutiliser ou recycler (par exemple, carte mémoire, clé USB, disque dur d’ordinateur): formatage, réécriture, déchiquetage numérique;
* Médias numériques non réutilisables (par exemple, CD, DVD, carte mémoire, clé USB et disque dur qui ne seront plus utilisés) : destruction physique (déchiquetage, broyage, meulage de surface, désintégration, trouage, incinération, etc.), démagnétiseur pour les disques durs;
* Machines contenant des disques durs (par exemple, photocopieur, fax, numériseur, imprimante) : écrasement des informations sur le disque dur ou disque dur enlevé et détruit lorsque les machines sont remplacées.
 |

|  |
| --- |
| 1. **TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS À DES TIERS**
 |
| * 1. **Est-ce que les renseignements seront « communiqués à » ou « accédés par » un collaborateur externe? Veuillez cocher toutes les catégories qui s’appliquent.**

[ ]  Non (projet se réalisant uniquement par le demandeur et son équipe)[ ]  Oui; veuillez préciser :[ ]  Un collaborateur universitaire/gouvernemental à l’extérieur du CIUSSS; veuillez préciser :      [ ]  Un collaborateur universitaire/gouvernemental à l’extérieur du Québec; veuillez préciser :      [ ]  Un collaborateur universitaire/gouvernemental à l’extérieur du Canada; veuillez préciser :      [ ]  Une entreprise privée; veuillez préciser :      [ ]  Autre, veuillez préciser :      Si les renseignements visés par la présente demande doivent être transmis à un collaborateur externe, une entente doit préalablement être conclue avec le CCSMTL. Veuillez contacter le Bureau de valorisation du CCSMTL à : valo.recherche.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca |
| * 1. **Si applicable, que sera le niveau d'identification des renseignements qui seront communiqués à ou accédés par ce tiers? Veuillez cocher le niveau le plus identifiable auquel ce tiers aura accès.**

[ ]  Ne s’applique pas[ ]  Renseignements identifiables[ ]  Renseignements dépersonnalisés (codés, dé-identifiés, liste de cas sans identifiants)[ ]  Renseignements anonymisés [ ]  Renseignements agrégés |
| * 1. **Si applicable, quel est le mode de transfert des renseignements vers le collaborateur externe?**

[ ]  Ne s’applique pas[ ]  Transfert de données cryptées via un protocole de communication sécurisé. Veuillez donner des précisions sur le protocole :       [ ]  Transfert via une plateforme collaborative accessible par le Web, authentification par nom d’utilisateur et mot de passe (ex. : plateforme RedCap). Veuillez donner des précisions sur la plateforme :       [ ]  Accès à distance avec une authentification par nom d’utilisateur et mot de passe [ ]  Accès sur place avec une authentification par nom d’utilisateur et mot de passe [ ]  Autre(s); veuillez préciser :      **Veuillez préciser, s’il y a lieu, toutes autres informations pertinentes sur le processus de transfert des renseignements vers le collaborateur externe :**       |
| * 1. **Quels seront les systèmes et les moyens utilisés pour traiter et conserver les renseignements par le collaborateur externe? Veuillez cocher tous les cas applicables.**

[ ]  Ne s’applique pas[ ]  Systèmes informatiques sécurisés d’un autre établissement du RSSS; veuillez préciser :      [ ]  Systèmes informatiques sécurisés d’une autre organisation; veuillez préciser :      [ ]  Systèmes informatiques sécurisés personnels; veuillez préciser :      [ ]  Services infonuagiques; veuillez préciser le lieu de l’hébergement (province, pays, ce dernier devra être au Canada) :      ;[ ]  Copies de sauvegarde numériques sur des supports amovibles (ex. clé USB, disque dur, portable, etc.), chiffrées en tout temps; veuillez préciser :      [ ]  Documents imprimés[ ]  Autre(s); veuillez préciser :       |
| * 1. **Veuillez préciser quelles procédures de sécurité et mesures de protection seront mises en place pour l’utilisation, la conservation et la destruction des renseignements par le collaborateur externe (veuillez vous référer aux sections 11.2., 11.3. et 11.5.) du présent formulaire pour des exemples de procédures/mesures) :**

      |

|  |
| --- |
| 1. **COMMUNICATIONS AVEC LES PERSONNES CONCERNÉES**
 |
| * 1. **Est-ce que les renseignements seront utilisés pour rejoindre les personnes concernées en vue de solliciter leur participation à votre projet?**

[ ]  Oui[ ]  Non |
| * 1. **Le cas échéant, veuillez préciser les informations devant être communiquées à ces personnes :**

      |

**

