

(Chapitre X de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

* Champs obligatoires

Nom et prénom* _____

Adresse électronique* _____

Nom et prénom ou raison sociale*

Service

Adresse*

Code postal*

Ville*

Adresse électronique*

Sigle (facultatif)

N° SIRET*

N° SIREN

CODE ÉTABLISSEMENT

Code APE*

Téléphone*

Fax

3 Finalité et objectifs de l'étude*

Quelle est la finalité ou l'objectif de votre étude ? _____



Veuillez joindre le descriptif de l'étude qui doit préciser, notamment, les méthodes d'analyse des données traitées, les rapprochements ou interconnexions envisagés ou toute autre forme de mise en relation des informations

4 Données traitées

Catégories de données individuelles	Détail (veuillez préciser ici le détail des données traitées)	Origine (comment avez vous collecté ces données ?)	Durée de conservation (combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique ?)	Destinataires (veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)
☐ Identification des personnes concernées	☐ Numéro d'ordre ☐ Initiales ☐ Autres modes d'identification, précisez :	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☐ Autre, précisez :	☐ jours ☐ mois ☐ années ☐ Autre, précisez :	Destinataires :
☐ Données de santé	☐ Pathologie, affection ☐ Antécédents familiaux, ☐ Données relatives aux soins ☐ Situations ou comportements à risques ☐ Données génétiques ☐ Autres données, précisez :	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☐ Autre, précisez :	☐ jours ☐ mois ☐ années ☐ Autre, précisez :	Destinataires :

(4 - Données traitées - suite)

Catégories de données individuelles	Détail (veuillez préciser ici le détail des données traitées)	Origine (comment avez vous collecté ces données ?)	Durée de conservation (combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique ?)	Destinataires (veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)
☐ Vie personnelle	☐ Habitudes de vie, ☐ Situation familiale, ☐ Autre, précisez :	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☐ Autre, précisez :	☐ jours ☐ mois ☐ années ☐ Autre, précisez :	Destinataires :
☐ Vie professionnelle	☐ Situation professionnelle ☐ Scolarité, formation ☐ Autre, précisez :	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☐ Autre, précisez :	☐ jours ☐ mois ☐ années ☐ Autre, précisez :	Destinataires :
☐ Origines raciales ou ethniques, opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, vie sexuelle	☐ Origines raciales ou ethniques ☐ Opinions politiques ☐ Opinions philosophiques ☐ Opinions religieuses ☐ Appartenance syndicale ☐ Vie sexuelle	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☐ Autre, précisez :	☐ jours ☐ mois ☐ années ☐ Autre, précisez :	Destinataires :

(4 - Données traitées - suite)

Catégories de données individuelles	Détail (veuillez préciser ici le détail des données traitées)	Origine (comment avez vous collecté ces données ?)	Durée de conservation (combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique ?)	Destinataires (veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)
☐ Autres données	Précisez :	☐ PMSI ☐ Dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux ☐ Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie ☐ Autre, précisez :	☐ jours ☐ mois ☐ années ☐ Autre, précisez :	Destinataires :

5 Modalités de diffusion des résultats de l'étude*

- ☐ sous la forme de résultats agrégés
☐ fichier de données individuelles, excluant toute identification des personnes concernées
☐ autre. Veuillez préciser : _____

6 Sécurité/confidentialité*

Veuillez cocher les cases correspondant aux mesures de sécurité que vous prenez :

- ☐ L'accès physique au traitement est protégé (bâtiment ou local sécurisé)
☐ Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (ex. : mot de passe individuel, carte à puce, certificat, signature...)
☐ Une journalisation des connexions est effectuée
☐ Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié (non relié à internet)

7 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Nom et prénom ou raison sociale* _____	Sigle (facultatif) _____
Service _____	N° SIRET* N° SIREN CODE ÉTABLISSEMENT
Adresse* _____	Code APE*
Code postal* Ville* _____	Téléphone*
Adresse électronique* _____	Fax

8 Signature

Le responsable de l'étude s'engage, ainsi que ses collaborateurs, à :

- **n'utiliser les fichiers qu'à des fins d'analyse comparative de l'activité de soins,**
- **respecter et faire respecter le secret des informations cédées** par toutes les personnes susceptibles de travailler sur ces données, ces personnes étant astreintes par écrit au secret professionnel,
- **prendre toutes précautions utiles** afin de préserver la sécurité des informations ainsi transmises et notamment empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés,
- **ne pas rétrocéder ou divulguer à des tiers** les informations transmises en l'état,
- **ne pas utiliser de façon détournée** les informations transmises, notamment à des fins de recherche ou d'identification des personnes.

Le responsable de l'étude s'engage à ce que les informations tirées des exploitations de fichiers et susceptibles d'être diffusées se présentent uniquement sous la forme de statistiques agrégées **de telle sorte que les personnes ne puissent être identifiées.**

Personne responsable de l'organisme déclarant :

Nom et prénom* _____

Fonction _____

Adresse électronique pour l'envoi du récépissé de la déclaration*

Date* ____ / ____ / ____

Signature

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL : 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris cedex 02.