|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SHSS | | | | DEMANDE D’AUTORISATION DE RECHERCHE **Cette section doit être remplie au complet par le(s) chercheur(s)**  *(this document is also available in English)* | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Titre du projet** | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Nom(s), titres et coordonnées du (des) chercheurs(s) principal (aux)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Résumé succinct ou brève description du projet de recherche (ajoutez la question de recherche comme elle est indiquée dans la présente demande)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Date proposée** a) de début : | | | | |  | | b) de fin : | |  | | | | | | | |
| 1. **Établissement où se déroulera la recherche** (p. ex. : hôpital ou….) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **L’étude a-t-elle été approuvée par un comité d’éthique agréé?**   (Si oui, veuillez joindre la lettre d’autorisation du comité d’éthique de la recherche) | | | | | | | | | | | |  | Oui |  | Non | |
| 1. **Le comité d’éthique agréé, a-t-il refuse d’approuver l’étude?**   (Si oui, veuillez indiquer la raison) | | | | | | | | | | | |  | Oui |  | Non | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Le chercheur a-t-il besoin d’employés pour mener la recherché?**  (Cochez la case pertinente) | | | | | | | | | | |  | Oui |  | | Non |
| Si oui, il faut embaucher du personnel dans les domains suivants : (p. ex. : dossiers médicaux, soins infirmiers, travail social, laboratoire, etc.) | | | | | | | Nombre d’heures prévues | | | Coût prévu par heure | | | | | |
| 1 |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 2 |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 3 |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 4 |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 5 |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 6 |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 7 |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 8 |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 9 |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 10 |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| D’autres frais seront engagés (p. ex. : épreuves de laboratoire, imagerie médicale, services administratifs tels que le téléphone ou les articles de papeterie) et une liste détaillée est jointe. (Cochez la case pertinente) Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Veuillez soumettre les données sur les participants et le formulaire de consentement présenté pour obtenir l’autorisation du comité d’éthique de la recherche (CER).** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Consentement**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Je soussigné(e), |  | , conviens de ce qui suit : | |  | (nom du chercheur) |  |      1. De ne pas diffuser les renseignements médicaux personnels demandés qui peuvent raisonnablement être considérés comme permettant d’identifier une personne en particulier. 2. D’utiliser les renseignements médicaux personnels demandés uniquement pour les fins du projet de recherché autorisé. 3. De veiller à ce que le projet de recherché se conforme aux mesures de protection et aux procédures. Le projet devra contenir en particulier :    1. Des mesures de protection raisonnables en vue de protéger la confidentialité et la sécurité des renseignements médicaux personnels.    2. Des procédures pour détruire ou effacer, le plus tôt possible et conformément aux fins de la recherche, les renseignements qui pourraient permettre d’identifier les personnes intéressées, qu’ils soient utilisés seuls ou en combinaison avec d’autres renseignements accessibles. 4. D’accorder au président du Comité d’éthique régional un préavis d’au moins cinq (5) jours ouvrables avant la publication ou la présentation de la recherché. 5. Le présent consentement demeurera en vigueur après l’achèvement du projet de recherché autorisé.  |  |  | | --- | --- | | Signature du chercheur : |  | |  |  | | Date : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RÉSERVÉ À L’USAGE DE SOUTHERN HEALTH-SANTÉ SUD** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. La rechercher appuie-t-elle les objectifs et l’énoncé de valeurs du conseil d’administration de Southern Health-Santé Sud? (Si non, veuillez décrire) Oui  Non | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Le projet de recherché ci-joint a été examiné avec le personnel désigné de l’ORS en tenant compte des ressources et de toute autre recherché (prévue ou déjà en cours) qui pourraient être touchées par la présente recherche.  **Veuillez cocher la case pertinente :**  **Le présent projet de recherché est conforme aux exigences nécessaires pour mener des recherches auprès de Southern Health-Santé Sud**  **Le présent projet de recherché n’est pas conforme aux exigences nécessaires pour mener des recherches auprès de Southern Health-Santé Sud** (veuillez préciser la raison) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom des examinateurs** | | | | | | **Poste** | | | | **Date** | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |