

DEMANDE D'AUTORISATION

D'UN TRAITEMENT AYANT POUR FINALITÉ L'ÉVALUATION OU L'ANALYSE DES PRATIQUES OU DES ACTIVITÉS DE SOINS ET DE PRÉVENTION

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

1 Le demandeur (responsable du traitement)

* Champs obligatoires

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

Personne à contacter au sein de l'organisme déclarant si un complément d'information doit être demandé et destinataire de l'autorisation :

Nom et prénom*	_____
Adresse électronique*	_____

2 Service chargé de la mise en œuvre de l'étude (lieu d'implantation)

(Veuillez préciser quel est le service ou l'organisme qui effectue, en pratique, le traitement)

- Il s'agit du déclarant lui-même
- Le traitement est assuré par un tiers (prestataires, sous-traitant) ou un service différent du déclarant, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

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

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement

[] []

3 Finalité et objectifs de l'étude*

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



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

(4 - Données traitées - suite)

Catégories de données individuelles	Détail <i>(veuillez préciser ici le détail des données traitées)</i>	Origine <i>(comment avez vous collecté ces données ?)</i>	Durée de conservation <i>(combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique ?)</i>	Destinataires <i>(veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)</i>
<input type="checkbox"/> Vie personnelle	<input type="checkbox"/> Habitudes de vie, <input type="checkbox"/> Situation familiale, <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> PMSI <input type="checkbox"/> Dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Destinataires :
<input type="checkbox"/> Vie professionnelle	<input type="checkbox"/> Situation professionnelle <input type="checkbox"/> Scolarité, formation <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> PMSI <input type="checkbox"/> Dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Destinataires :
<input type="checkbox"/> Origines raciales ou ethniques, opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, vie sexuelle	<input type="checkbox"/> Origines raciales ou ethniques <input type="checkbox"/> Opinions politiques <input type="checkbox"/> Opinions philosophiques <input type="checkbox"/> Opinions religieuses <input type="checkbox"/> Appartenance syndicale <input type="checkbox"/> Vie sexuelle	<input type="checkbox"/> PMSI <input type="checkbox"/> Dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> Autres données	Précisez :	<input type="checkbox"/> PMSI <input type="checkbox"/> Dossiers médicaux des professionnels de santé libéraux <input type="checkbox"/> Systèmes d'information des caisses d'assurance maladie <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années <input type="checkbox"/> 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*				
Adresse* _____	<table border="1"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><small>N° SIREN</small></td> <td><small>CODE ÉTABLISSEMENT</small></td> </tr> </table>	_____	_____	<small>N° SIREN</small>	<small>CODE ÉTABLISSEMENT</small>
_____	_____				
<small>N° SIREN</small>	<small>CODE ÉTABLISSEMENT</small>				
Code postal* [][][][][] Ville* _____	Code APE* [][][][][]				
Adresse électronique* _____	Téléphone* [][][][][][][][][][]				
	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* _____	Date* ____ / ____ / _____
Fonction _____	Signature
Adresse électronique pour l'envoi du récépissé de la déclaration* _____	

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 : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.