

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION À ÊTRE INFORMÉ DE L'EXISTENCE DE RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX NÉCESSAIRES À LA RÉALISATION D'UN PROJET DE RECHERCHE ET À Y AVOIR ACCÈS, SANS LE CONSENTEMENT DES PERSONNES CONCERNÉES PAR CES RENSEIGNEMENTS

1. INSTRUCTIONS

Pour plus d'information à propos de ce formulaire et sur la manière de compléter certaines sections, veuillez vous référer au document intitulé : *Guide explicatif facilitant la complétion du Formulaire EFVP et du Rapport EFVP dans le contexte de la LRSSS* (ci-après, guide explicatif).

Évaluation des facteurs relatifs à la vie privée (EFVP)

En vertu des articles 44 à 48 de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (RLRQ, c. R-22.1, ci-après LRSSS), un chercheur lié à un organisme¹ visé par cette loi peut être informé de l'existence d'un renseignement de santé et de services sociaux (ci-après, renseignement de santé) détenu par un organisme pour la réalisation d'un projet de recherche et y avoir accès sous certaines conditions. Selon ces dispositions, pour être informé de l'existence de ces renseignements et y avoir accès le chercheur lié doit, notamment, obtenir l'autorisation de la personne ayant la plus haute autorité au sein de l'organisme (ou toute personne mandatée à cet effet par celle-ci), réaliser une EFVP et signer une entente de communication avec l'organisme auquel il est lié. Une copie de cette entente doit être transmise à chaque organisme consulté en vertu de l'article 46 de la LRSSS et à la Commission d'accès à l'information.

Toutefois, si l'accès, la collecte ou la communication des renseignements de santé peut **s'appuyer sur un consentement valide des personnes concernées** (art. 6 de la LRSSS), vous n'avez pas à remplir ce formulaire.

Contexte de la recherche

Veillez cocher les situations qui s'appliquent à votre recherche :

Dans le cadre de ma recherche, j'ai besoin d'avoir accès à des renseignements personnels qui ne sont pas des renseignements de santé (ex. renseignements disponibles auprès des ressources humaines). À cet égard, je comprends que je dois remplir le ou les formulaire(s) de demande d'accès à des renseignements personnels à des fins d'étude, de recherche ou de production de statistiques, lequel(s) diffère(nt) de celui-ci. Se référer au guide explicatif pour plus d'information.

Dans le cadre de ma recherche, j'ai besoin de communiquer des renseignements de santé à l'extérieur du Québec. Ainsi, je dois remplir l'annexe 2 de ce formulaire.

À des fins de conformité légale, plusieurs questions devront être répondues à multiples reprises, par exemple, dans ce formulaire et dans votre demande au comité d'éthique de la recherche. **Veillez vous assurer que les informations fournies dans toutes vos demandes sont cohérentes.**

¹ Dans ce formulaire, le terme organisme désigne tout établissement ou organisme visé par la LRSSS.

2. IDENTIFICATION DU CHERCHEUR LIÉ

Nom :	Nom de l'organisme auquel est lié le chercheur :
Fonction :	Adresse professionnelle :
Service / département :	Courriel :
	Téléphone :

3. DESCRIPTION SUCCINCTE DE LA RECHERCHE

Titre de la recherche :

Veillez résumer brièvement les objectifs de la recherche, la population visée par la recherche (incluant le ou les effectifs prévus pour chacun des organismes visés par cette demande), la méthodologie préconisée et les échéanciers :

Nature de la demande :

Recherche (avec approbation par le comité d'éthique de la recherche - CER)
Numéro du projet auprès du CER (ex. : 2022-5555) :

Nouvelle demande

Modification d'une demande existante
Veillez remplir uniquement les sections du formulaire visées par la modification

Demande d'accès à des fins d'enseignement, de formation ou pour de la pratique réflexive. Pour ces situations particulières, il est possible que vous n'ayez pas à remplir ce formulaire. Veillez vous référer au guide explicatif pour plus d'information.

4. NIVEAU D'IDENTIFICATION DES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS

À quel niveau d'identification des renseignements désirez-vous être informé de l'existence ou avoir accès ? Veillez cocher le niveau le plus identifiable auquel vous aurez accès. (Veillez vous référer au guide explicatif pour plus d'information)

Renseignements identifiables
Renseignements 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);

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 chercheur lié conserve une liste permettant d'associer, au besoin, le nom de code des participants à leur vrai nom;

S'il s'agit de renseignements **anonymisés** ou **agrégés**, veuillez vous référer au guide explicatif pour plus d'information.

En cas de difficultés dans la détermination du niveau d'identification, veuillez communiquer avec le comité d'éthique de la recherche ou le comité qui évalue les EFVP au sein de votre organisme pour obtenir du soutien.

5. UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS

a) Dans quel but souhaitez-vous utiliser les renseignements?

- Vérification des critères d'éligibilité
- Étude rétrospective
- Étude prospective
- Autre(s), veuillez préciser :

b) Quelle est la période couverte par les renseignements de santé que vous souhaitez collecter ou consulter (ex. : du 1^{er} janvier 1980 au 31 décembre 1985)?

Du _____ au _____

S.V.P., veuillez justifier le choix de cette période :

c) Pendant combien de temps (ex. semaine, mois, année) prévoyez-vous conserver les renseignements de santé recueillis pour la recherche ?

Durée prévue pour la conservation des renseignements : |

Veuillez donner les raisons justifiant cette période de conservation des renseignements de santé pour votre recherche :

Veuillez noter que la durée de conservation est nécessaire pour la rédaction de l'entente de communication.

6. CONSULTATION DES ORGANISMES DÉTENTEURS DE RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ ET VISÉS PAR LA DEMANDE

Veuillez identifier les personnes et les organismes qui doivent être consultés avant de faire droit à la présente demande d'autorisation.

Une seule demande d'autorisation adressée à l'organisme du chercheur lié est nécessaire pour une recherche. Cependant, avant de faire droit à votre demande, les organismes concernés par celle-ci doivent être consultés. Ainsi, veuillez inscrire aux endroits prévus la liste de ces organismes. Pour plus d'information, veuillez vous référer au guide explicatif.

- Aucun
- Organisme(s) visé(s) par la LRSSS, veuillez préciser :
- Ministère de la Santé et des Services sociaux :
- Autre(s) ministère(s) ou organisme(s) relevant du gouvernement du Québec, veuillez préciser :

- Université(s), veuillez préciser :
- Autre(s), veuillez préciser :

7. NÉCESSITÉ DE L'OBTENTION DE RENSEIGNEMENTS PERMETTANT D'IDENTIFIER DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT LES PERSONNES CONCERNÉES

Pourquoi le ou les objectifs de votre recherche nécessite(nt)-il(s) que les renseignements de santé soient communiqués sous une forme permettant d'identifier ou de réidentifier les personnes concernées?

- Mécanisme de contrôle / assurance qualité (validation de l'entrée des données)
- Assurance de la sécurité des participants à la recherche
- Mécanisme de retraçage pour l'ajout ou la liaison de données au dossier
- Vérification de critères d'éligibilité en vue de demander la participation
- Autre(s), veuillez préciser :

Si vous avez coché que vous souhaitez vérifier les critères d'éligibilité, est-ce que les renseignements ainsi recueillis seront utilisés pour rejoindre directement les personnes concernées en vue de leur participation à l'activité de recherche?

- Oui

Veuillez préciser les informations devant être communiquées à ces personnes :

- Scripte de recrutement approuvé par le comité d'éthique de la recherche
- Formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique de la recherche
- Autre(s), veuillez préciser :

- Non

8. DÉMONSTRATION DE L'IMPOSSIBILITÉ DE L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

Pourquoi est-il impossible pour vous d'obtenir le consentement des personnes concernées par les renseignements? Vous pouvez sélectionner plus d'un élément.

Il y a un risque d'introduire un biais dans la recherche, car (veuillez sélectionner la(les) situation(s) applicable(s)) :

- Proportion élevée des participants éventuels pour lesquels les coordonnées ne sont plus à jour depuis la collecte des données initiales;
- En utilisant seulement les données de personnes disposées à consentir. S.V.P, veuillez justifier :
- Proportion des participants éventuels qui sont probablement décédés depuis la collecte des données initiales, ou qu'il n'est pas approprié de contacter;
- La recherche s'appuie sur des renseignements dépersonnalisés détenus par l'organisme;
- L'objectif de la collecte de renseignements (ex. : vérification de l'éligibilité pour un essai clinique);
- Les ressources humaines, matérielles, financières et organisationnelles ainsi que les autres ressources requises pour obtenir le consentement imposeraient aux chercheurs ou à l'organisme un fardeau tel que la recherche ne pourrait pas être réalisable.

Veillez plus amplement détailler la raison ci-dessous. À noter que le nombre élevé de participants ciblés entre dans cette catégorie;

- 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, 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.)

9. 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) et l'emporte, eu égard à cet intérêt public, sur la protection de la vie privée des personnes? Veuillez cocher toutes les réponses qui s'appliquent.

- Recherche visant à améliorer des connaissances sur une maladie ou un trouble
- Recherche visant à développer ou améliorer des pratiques diagnostiques
- Recherche visant à développer des traitements, programmes ou méthodes d'intervention pour améliorer la santé ou la qualité de vie de la population québécoise
- Recherche visant à améliorer le bien-être des futurs usagers du RSSS au Québec
- Recherche visant à répondre à un besoin de santé publique ou à un besoin de prévention ou de promotion de la santé
- Recherche visant à améliorer la prestation des soins de santé ou des services sociaux
- Recherche visant à faciliter la prestation d'un ou de plusieurs autres services publics
- Recherche visant à éclairer la prise de décision en matière de politiques publiques
- Autre(s), veuillez préciser :

S.V.P., veuillez justifier brièvement votre ou vos choix de réponse et apporter les précisions supplémentaires nécessaires permettant de compléter la section 3 du Rapport EFVP :

10. ÊTRE INFORMÉ DE L'EXISTENCE ET AVOIR ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

a) Qui prendra connaissance de l'existence des renseignements de santé et permettra d'y avoir accès? Veuillez cocher toutes les situations applicables.

- Personnes-ressources de l'organisme
 - Équipe des archives
 - Équipe responsable de la gestion du lac de données ou de l'entrepôt
 - Service clinique de l'organisme, veuillez préciser :
 - Autre instance de l'organisme, veuillez préciser :
- Équipe de recherche:
 - 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
 - Accès sur place à des dossiers physiques
 - Autre(s), veuillez préciser :

Au besoin, veuillez ajouter toutes les informations nécessaires afin de préciser votre réponse, par exemple, qui aura accès et comment y aura-t-il accès :

Nommez toutes les personnes de l'équipe du chercheur lié qui auront accès à la source originale des renseignements de santé (ex. : dossiers des usagers) :

Nom/prénom : _____	Fonction : _____
Nom/prénom : _____	Fonction : _____
Nom/prénom : _____	Fonction : _____
Nom/prénom : _____	Fonction : _____
Nom/prénom : _____	Fonction : _____
Nom/prénom : _____	Fonction : _____

La mise à jour de la liste doit être soumise annuellement, pendant la réalisation du projet, conjointement à l'approbation annuelle de la convenance institutionnelle.

Veuillez noter que cette liste doit être maintenue à jour tout au long du projet de recherche et rendue accessible aux instances appropriées, si nécessaire (se référer au guide explicatif pour plus d'information).

10. b) Si l'accès aux renseignements de santé est réalisé par des personnes-ressources de l'organisme (autres que l'équipe de recherche), par quels moyen ou méthode feront-ils le transfert de ces renseignements vers le chercheur lié?

- Transfert de données cryptées via un protocole de communication sécurisé
- Transfert via une plateforme collaborative accessible par le web, authentification par nom d'utilisateur et mot de passe (ex. : plateforme RedCap)
- 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
- Selon la méthode privilégiée par les archives de l'organisme
- Autre(s), veuillez préciser :

Veuillez préciser toute information pertinente sur la manière dont seront communiqués les renseignements de santé au chercheur lié par l'organisme (ex. modalité, périodicité, etc.) :

10. c) Quels seront les moyens utilisés pour traiter et conserver les renseignements par le chercheur lié et son équipe ? Veuillez cocher toutes les situations applicables.

- Systèmes informatiques sécurisés de l'organisme du chercheur lié
- Systèmes informatiques d'un autre organisme que celui du chercheur lié (ex. recherche multicentrique), veuillez préciser et justifier :
- Systèmes informatiques sécurisés personnels, veuillez préciser et justifier :
- Systèmes informatiques personnels, veuillez préciser et justifier :
- Services fonuagiques, veuillez préciser le lieu de l'hébergement (province, pays) :
- Copies de sauvegarde, veuillez préciser et justifier :
- Autre(s) :

À titre de chercheur lié, je m'engage à faire signer un engagement à la confidentialité à toute personne à qui les renseignements de santé seront rendus accessibles.

(Note : l'utilisation du système sécurisé de l'organisme est obligatoire à moins de démontrer la nécessité de l'utilisation d'un autre système et la sécurité de cet autre système informatique.)

11. PARTAGE DES RENSEIGNEMENTS AUTORISÉS AVEC DES TIERS

a) Est-ce qu'un chercheur ou un collaborateur externe à l'organisme du chercheur lié sera informé de l'existence des renseignements ou y aura accès dans le cadre de ce projet de recherche ? Veuillez cocher toutes les catégories qui s'appliquent.

Non (projet se réalisant uniquement par le chercheur lié et son équipe). Si vous cochez non, passez à la question 12.

Oui, veuillez préciser :

Un chercheur lié à l'un des organismes du RSSS visés par la LRSSS (ex. INSPQ, Héma-Québec, etc.), veuillez préciser:²

Un chercheur universitaire ou un collaborateur gouvernemental externe au secteur de la santé et des services sociaux situé au Québec, veuillez préciser:

Un chercheur universitaire ou un collaborateur gouvernemental situé à l'extérieur du Québec, veuillez préciser:

Une entreprise privée; veuillez préciser le nom de cette entreprise, le nom du collaborateur ainsi que le lieu d'hébergement des renseignements (Québec ou hors Québec) :

Autre(s), veuillez préciser :

Si les renseignements visés par la présente demande doivent être communiqués à un chercheur ou un collaborateur externe à l'organisme du chercheur lié, une entente de communication doit préalablement être conclue avec l'organisme de celui-ci. Veuillez insérer ici le nom de l'instance de l'organisme à contacter et les coordonnées de celle-ci :

Si les renseignements visés par la présente demande doivent être communiqués à un chercheur ou un collaborateur situé à l'extérieur du Québec, veuillez compléter l'annexe 2 de ce formulaire.

Si vous avez répondu Oui à la question précédente (11a) :

b) Quel 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.

Renseignements identifiables

Renseignements dépersonnalisés (codés, dé-identifiés, liste de cas sans identifiants)

c) Quel est le mode de transfert des renseignements vers le chercheur ou le collaborateur externe?

Transfert de données cryptées via un protocole de communication sécurisé

Transfert via une plateforme collaborative accessible par le web, authentification par nom d'utilisateur et mot de passe (ex. : plateforme RedCap)

² Demandes de précision incluant, nom, prénom, établissement d'affiliation, coordonnées

- 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 :

d) Quel type de système informatique ou poste de travail sera utilisé pour traiter et conserver les renseignements par le chercheur ou le collaborateur externe?

- Systèmes informatiques sécurisés d'un autre organisme visé par la LRSSS
- Systèmes informatiques d'un autre organisme/entreprise privée, veuillez préciser :
- Services infonuagiques; veuillez préciser le type de service et le lieu de l'hébergement (province, pays) :
- Copies de sauvegarde, veuillez préciser:
- Autre(s), veuillez préciser:

Veuillez noter que l'utilisation de systèmes informatiques personnels n'est pas possible pour traiter et conserver des renseignements de santé.

12. SOURCES D'ACCÈS ET/OU DE COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

a) De quelle(s) source(s) proviendront les renseignements? Veuillez cocher toutes les catégories qui s'appliquent.

- Renseignement(s) provenant d'une biobanque (données d'analyses d'échantillons)
- Renseignement(s) provenant d'un registre de patients (ex. : registre québécois du cancer)
- Renseignement(s) des usagers provenant des systèmes d'information de l'organisme ou provenant de bases de données de services cliniques colligées ou non dans un formulaire de collecte ou Case Report Form (CRF)
Veuillez préciser:
 - Logiciel de gestion de documents (notes médecin/infirmière/professionnel numérisées, rapports, dossiers juridiques, etc.)
 - Logiciel de prise de rendez-vous hospitalier
 - Logiciel de gestion des commandes pharmaceutiques
 - Logiciel de gestion d'usagers aux urgences
 - Logiciel de gestion de l'occupation des lits/services
 - Autres :
 - Autres :

Renseignement(s) des usagers provenant de dossiers physiques, veuillez préciser :

Renseignement(s) provenant d'autres sources que l'organisme (ex. fichiers médico-administratifs détenus par la Régie de l'assurance-maladie du Québec), veuillez préciser :

Autre, veuillez préciser :

Votre recherche nécessite-t-elle le croisement de plusieurs sources de renseignements (ex. couplage de données) ?

- Non
- Oui, veuillez préciser :

b) Quel est le nombre approximatif d'utilisateurs/participants de l'organisme visé par la présente demande de renseignements? Veuillez détailler ces nombres de participants par organisme advenant un tel besoin.

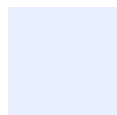
c) Quel est le nombre de variables par utilisateur/participant qui seront incluses dans la liste des renseignements demandés incluant les variables répétées^{*)}?

- Inférieur à 100 variables
- De 100 à 500 variables
- Plus de 500 variables

SVP, remplir l'Annexe 1 en indiquant le détail des renseignements visés par la demande d'autorisation.

^{*)} Exemple d'une variable répétée : la variable date de suivi pour un suivi quotidien sur sept (7) jours.

13. SIGNATURE DU CHERCHEUR LIÉ RESPONSABLE DE LA DEMANDE D'AUTORISATION



Signature

2024-mm-jj

Date

Annexe 1

Liste des renseignements de santé visés par la demande d'autorisation

Parmi les types de renseignements ci-dessous, quels sont ceux auxquels vous souhaitez être informé de l'existence (seront consultés) ou y avoir accès (seront collectés) pour réaliser votre recherche?

Veillez cocher toutes les catégories qui s'appliquent. Vous devez justifier pour chaque renseignement coché, pourquoi il est nécessaire pour votre recherche. De plus, veuillez indiquer si le renseignement sera seulement consulté ou s'il sera également collecté (ou les deux). Lorsqu'un renseignement est identifié dans la seconde colonne, toutes les autres colonnes doivent être complétées.

Veillez identifier les sources d'accès (logiciels ou fichiers)	Veillez identifier les renseignements de santé nécessaires pour la recherche	Veillez justifier la nécessité d'être informé et/ou d'y avoir accès	Veillez cocher ce qui s'applique
	<input type="checkbox"/> Noms, prénoms	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Numéros de dossier de l'utilisateur	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Numéros de téléphone ou de télécopie	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Adresses courriel	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Numéros d'assurance sociale (NAS)	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Numéros d'assurance maladie (NAM, RAMQ)	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Renseignements biométriques, y compris les empreintes digitales et vocales	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> 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	Veillez préciser lesquels sont requis :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Renseignements concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés

	<input type="checkbox"/> Renseignements concernant les convictions religieuses ou philosophiques	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Renseignements sociodémographiques (ex. : sexe, genre, situation familiale, profession, niveau de revenu, éducation)	Veillez préciser la nature et justifier:	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Images ou photographies du visage ou à potentiel identificateur et toutes images comparables	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Renseignements d'ordre génétique	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Éléments de date directement liés à une personne (ex. : date d'admission, date de décès, date de diagnostic, etc.) et format (ex. année, année et mois, etc.)	Veillez préciser la nature et justifier :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Identificateurs d'appareil et numéros de série	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Numéros de bénéficiaires du plan de santé	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Tout autre numéro, caractéristique ou code d'identification unique	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Numéros de certificat/licence	Justification :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Renseignements d'imagerie (p. ex. : IRM, CT Scan)	Veillez préciser la nature et justifier :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Renseignements d'enregistrements ou de vidéo (ex. : ECG)	Veillez préciser la nature et justifier :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés

	<input type="checkbox"/> Renseignements sur des usagers ayant une pathologie ou condition rare	Veillez préciser la nature et justifier :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Variables numériques ou quantitatives (ex. : valeur de laboratoire)	Veillez préciser la nature et justifier :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Variables catégorielles ou recodées (ex. : variable IMC en catégorie, codes diagnostic ICD-10)	Veillez préciser la nature et justifier :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Variables de texte ouvert (open-text) (ex. : notes médicales, notes de rapport)	Veillez préciser la nature et justifier :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés
	<input type="checkbox"/> Autre(s)	Veillez préciser :	<input type="checkbox"/> Consultés <input type="checkbox"/> Collectés

Annexe 2

Communication de renseignements de santé à l'extérieur du Québec

Cette annexe est en développement. Elle devra inclure des éléments supplémentaires à propos de l'évaluation des facteurs de risques associés à la communication de renseignements de santé à l'extérieur du Québec.