# declaration d’intérêts

|  |
| --- |
| Informations sur la personne |
| Nom |  | Prénom |  |  |
| Fonction  |  | Département/service |  |
| Téléphone |  | Adresse électronique |  |
|  |
| Intérêts financiers ou de proPrietés |
| Avez-vous actuellement ou avez-vous eu dans les 5 dernières années quelconques intérêts financiers ou de propriétés dans l’industrie pharmaceutique ? (ex. brevets, actions, participations, obligations, droits de propriété, etc.)  | OUI  [ ] NON  [ ]  |
| Nom de la firme |  | Description de l’intérêt |  |
| Date  De |  | À |  | Commentaires |  |
|  |
| activites |
| Participez-vous actuellement ou avez-vous participé dans les 5 dernières années à quelconques activités pour l’industrie pharmaceutique ? (ex. engagement comme employé ou mandat (hors hôpital), membre de conseil scientifique ou d’autres activités, comme conseiller ou expert (même à titre gracieux, mais aucune activité unique/non renouvelable), etc.) | OUI  [ ]  NON [ ]  |
| Nom de la firme |  | Description de l’activité |  |
| Date  De  |  À | Commentaires |  |
|  |  |  |
| invitations |
| Dans les 5 dernières années, avez-vous accepté des cadeaux ou invitations (congrès, voyages d’étude, etc.) offerts ou payés par l’industrie pharmaceutique ?  | OUI  [ ]  NON [ ]  |
| Nom de la firme |  | Description de l’invitation/cadeau |  |
| Date  De  | À | Commentaires |  |
|  |  |  |
| **FONDS FOURNIS PAR UN TIERS/DONS** |
| Avez-vous reçu dans les 5 dernières années des fonds/dons de l’industrie pharmaceutique ? (ex. fonds reçus par l’hôpital, le service médical, la pharmacie ou pour des projets spécifiques) | OUI  [ ]  NON [ ]  |
| Nom de la firme |  | Description du fond |  |
| Date  De  |  À | Commentaires |  |
|  |  |  |
| **RELATIONS PERSONNELLES** |
| Avez-vous ou avez-vous eu dans les 5 dernières années des relations personnelles avec des personnes de l’industrie pharmaceutique ? (ex. parenté de premier degré et/ou personnes vivant dans le même ménage) | OUI  [ ]  NON [ ]  |
| Nom de la firme |  | Description de la relation  |  |
| Date  De  |  À | Commentaires |  |
|  |
| **AUTRES AFFILIATIONS** |
| Avez-vous ou avez-vous eu dans les 5 dernières années d’autres affiliations susceptibles d’affecter votre indépendance dans vos fonctions au CPT ? (ex. sociétés, associations, partis politiques) | OUI  [ ]  NON [ ]  |
| Nom de l’entité affiliée |  | Description de l’affiliation |  |
| Date  De  |  À | Commentaires |  |
|  |
| exactitude des informations et signature |
| J’atteste de l’exactitude et de l’exhaustivité des informations présentées ci-dessus. A ma connaissance, il n’existe aucune autre situation de conflit d’intérêts réel, potentiel ou apparent. Je m’engage à vous informer de tout changement intervenant dans ma situation. |
| Signature |  | Date |  |