# 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 | | |  |