**FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE  
CONFLIT D’INTÉRÊTS**

**Que faut-il déclarer?**

*Tous les conflits d’intérêts réels, perçus ou potentiels doivent être déclarés.*

**Qui est tenu de déclarer un conflit d’intérêts?**

**(POLITIQUES ET PROCÉDURES DE L’ORGANISME : *CORP III – 110 CONFLIT D’INTÉRÊTS*, SSRO)**

*Tout le personnel régulier, à temps partiel et occasionnel des SSRO (et de l’IRSM), y compris les employés, les médecins, les étudiants, les stagiaires, les bénévoles, les membres du conseil d’administration/administrateurs, les dirigeants et les entrepreneurs, ainsi que le personnel qui, de temps à autre, offre ses services à des organisations externes à titre bénévole au nom des SSRO.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Date :** Cliquez ici pour saisir du texte. | **Nom du chercheur qualifié/principal :** Cliquez ici pour saisir du texte. |
| **Numéro du CÉR :** Cliquez ici pour saisir du texte. | **Titre du protocole :** Cliquez ici pour saisir du texte. |
| **Nom de la personne déclarant un conflit d’intérêts :**  Cliquez ici pour saisir du texte. | **Rôle de la personne déclarant un conflit d’intérêts :**  Cliquez ici pour saisir du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type d’étude de recherche :** | Essai clinique (médicaments, dispositifs/instruments médicaux ou produits de santé naturels) – ***Réglementé***  Essai clinique (médicaments, dispositifs/instruments médicaux ou produits de santé naturels) – ***Non réglementé***  Essai clinique (autres interventions)  Enquêtes/entretiens  Étude d’observation  Examen de dossiers |

1. **Résumé du projet de recherche** (100-200 mots)   
   *Veuillez ne pas faire de copier-coller à partir d’un autre document.*

Cliquez ici pour saisir du texte.

1. **Nature du conflit d’intérêts**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cochez tous les choix qui s'appliquent**. | Avantages financiers personnels (y compris des biens matériels, honoraires, paiements, cadeaux, frais de consultation ou de conférence, etc.)  Veuillez préciser le montant en dollars et, le cas échéant, la nature des biens matériels : Cliquez ici pour saisir du texte. | Subventions/financements (soit au chercheur principal, soit aux collaborateurs locaux, soit à l’organisation)  Veuillez préciser le montant en dollars : Cliquez ici pour saisir du texte. |
| Collaboration ou relation avec des groupes de défense des intérêts qui ont contribué, ou contribuent, au projet.  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. | Propriété intellectuelle (publication, manuscrits, droits d’auteur, redevances, etc.)  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. |
| Détention d’actions  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. | Avantages personnels ou professionnels liés au développement de dispositifs/instruments ou de produits  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. |
| Accès aux données de recherche ou utilisation de ces données (dépôts de données, etc.)  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. | Position au sein de conseils d’administration, etc.  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. |
| Relation (personnelle ou professionnelle) avec une revue savante/scientifique  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. | Intérêt légal  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. |
| Intérêts concurrents (financiers, religieux, universitaires, politiques, personnels, etc.)  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. | Relation familiale ou personnelle  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. |
| Autre  Veuillez préciser : Cliquez ici pour saisir du texte. | |

1. **Veuillez expliquer de manière plus détaillée (que ci-dessus) la nature du conflit d’intérêts, les personnes et organisations ou établissements concernés, et la manière dont il sera géré pour garantir l’intégrité de la recherche.***Veuillez ne pas faire de copier-coller à partir d’un autre document.*

Cliquez ici pour saisir du texte.

1. **SIGNATURES :**

*Je confirme que, à ma connaissance, les informations ci-dessus sont véridiques et exactes.*

**PERSONNE DÉCLARANT UN CONFLIT D’INTÉRÊTS** *(si différente du chercheur principal/qualifié)*

**Nom :** Cliquez ici pour saisir du texte.Courriel : Cliquez ici pour saisir du texte. Téléphone, poste : Cliquez ici pour saisir du texte.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature : Cliquez ici pour saisir une date.

**CHERCHEUR PRINCIPAL/QUALIFIÉ** *(obligatoire)*

**Nom :** Cliquez ici pour saisir du texte.Courriel : Cliquez ici pour saisir du texte. Téléphone, poste : Cliquez ici pour saisir du texte.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature : Cliquez ici pour saisir une date.

**APPROBATION ADMINISTRATIVE DE L’INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE** *(obligatoire)*

**Examiné et accepté par :** Cliquez ici pour saisir du texte.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature : Cliquez ici pour saisir une date.

***Veuillez conserver une copie de ce formulaire rempli dans votre dossier d’étude.***