

Bonjour chères et chers stagiaires, vous trouverez dans les pages suivantes les formulaires obligatoires que vous devez remplir afin de pouvoir venir faire votre stage au CHU Sainte-Justine.

Toutes les sections doivent être remplies et signées, sans quoi vous serez refusé l'accès à votre stage, jusqu'à ce que vos formulaires soient conformes.

Ce document doit nous être retourné minimalement 1 semaine (7 jours) avant le début de votre stage.

Nous vous souhaitons un bon stage parmi nous !

L'équipe de la DSI

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ S'ADRESSANT AUX UTILISATEURS DES CABINETS AUTOMATISÉS DÉCENTRALISÉS (CAD) DE MÉDICAMENTS AU CHU SAINTE-JUSTINE

JE soussigné(e) _____, **CONFIRME** avoir été informé(e) de l'importance du respect de la confidentialité de mon code identificateur et mot de passe aux CAD de médicaments.

J'AI ÉTÉ INFORMÉ(E) ET JE COMPRENDS QUE mon mot de passe est strictement confidentiel, et qu'un accès aux CAD avec ce mot de passe et mon code identificateur m'est automatiquement imputé sur la liste de contrôle des accès aux CAD, en tenant compte des obligations reliées à la *Loi sur les aliments et drogues*, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (i.e. stupéfiants, drogues contrôlées benzodiazépines) et autres lois professionnelles applicables.

JE M'ENGAGE à respecter la confidentialité de mon mot de passe ainsi que de toutes les informations que je pourrai voir, entendre ou recueillir dans le cadre de mes fonctions, tel que stipulé dans le Code d'éthique du CHU Sainte-Justine, ceci conformément à La loi sur les services de santé et les services sociaux, au Code civil du Québec et à la Charte des droits et libertés de la personne.

JE M'ENGAGE à informer mon supérieur immédiat de tout incident susceptible de compromettre la confidentialité des renseignements personnels ou la sécurité des actifs informationnels.

JE M'ENGAGE ÉGALEMENT à limiter la consultation des renseignements confidentiels aux seules fins d'accomplissement de mes fonctions et à ne jamais dévoiler ces renseignements confidentiels à quiconque.

Cette déclaration solennelle me lie, même après la cessation de mon emploi ou/et de mes activités au CHU Sainte-Justine.

Nom et prénom de la personne qui œuvre au CHU
Sainte-Justine (LETTRES CARRÉES)

Stagiaire
Titre d'emploi ou fonction

N/A
Numéro d'employé

Signature

Date

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ S'ADRESSANT À TOUTES LES PERSONNES OEUVRANT AU CHU SAINTE-JUSTINE

JE, soussigné(e), _____ **CONFIRME** avoir été informé(e) de l'existence et du contenu de la politique relative à la sécurité des actifs informationnels du CHU Sainte-Justine.

J'AI PRIS CONNAISSANCE ET JE M'ENGAGE à respecter cette politique et à appliquer ses lignes de conduites dans le but de préserver la sécurité et l'intégrité des actifs informationnels ainsi que d'assurer la confidentialité des données qui s'y trouvent.

JE SUIS ÉGALEMENT CONSCIENT(e) que tout manquement au respect à la confidentialité, ou tout acte mettant en péril la sécurité des actifs informationnels, tel que stipulé dans la politique de sécurité des actifs informationnels, peuvent résulter en des sanctions telles que définies dans la politique.

JE CONFIRME avoir été informé(e) de l'obligation de respecter la confidentialité de toutes les informations que je pourrai voir, entendre ou recueillir dans le cadre de mes fonctions, tel que stipulé dans le Code d'éthique du CHU Sainte-Justine, ceci conformément à La loi sur les services de santé et les services sociaux, au Code civil du Québec et à la Charte des droits et libertés de la personne.

JE M'ENGAGE à informer mon supérieur immédiat de tout incident susceptible de compromettre la confidentialité ou la sécurité des renseignements confidentiels.

JE M'ENGAGE ÉGALEMENT à limiter la consultation des renseignements confidentiels aux seules fins d'accomplissement de mes fonctions et à ne jamais dévoiler ces renseignements confidentiels à quiconque.

Cette déclaration solennelle me lie à perpétuité et ce, même après la cessation de mon emploi ou/et de mes activités au CHU Sainte-Justine.

Nom et prénom de la personne qui œuvre au CHU
Sainte-Justine (LETTRES CARRÉES)

Stagiaire
Titre d'emploi ou fonction

N/A
Numéro d'employé

Signature

Date

Politique de SAI en bref

La politique de Sécurité Actifs Informationnels (SAI) du CHU Sainte-Justine oriente et détermine l'utilisation appropriée et sécuritaire de l'information, des technologies de l'information et des dispositifs d'accès et de diffusion de l'information, le tout afin de s'assurer du respect des lois, règlements et normes gouvernementales en matière de sécurité de l'information (réf. : politique SAI annexe 1).

La politique vise à assurer le respect de toute législation à l'égard de l'usage et du traitement de l'information sur support électronique et papier, de l'utilisation des technologies de l'information (ex. : réseaux d'Imagerie médicale, des laboratoires, de la pharmacie, de la recherche, etc.), et des télécommunications ou autres.

L'expression «actif informationnel» inclut les documents sous formats électronique, papier, enregistrement, ou sous tout autre format disponible.

Les objectifs du CHU Sainte-Justine en matière de SAI sont d'assurer :

- ❖ le respect de la vie privée des individus (confidentialité des renseignements personnels);
- ❖ la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité à l'égard de l'utilisation des réseaux informatiques, du RTSS et d'Internet, de l'utilisation des actifs informationnels et des données corporatives;
- ❖ le respect des mesures de sécurité et des différents codes de conduite concernant l'utilisation des actifs informationnels;
- ❖ la conformité aux lois et règlements applicables ainsi que les directives, normes et orientations gouvernementales.

La politique s'applique :

- ❖ À toute personne qui œuvre au CHU Sainte-Justine (employés, médecins, chercheurs, étudiants, stagiaires, consultants, etc.);
- ❖ À l'ensemble des actifs informationnels ainsi qu'à leur utilisation;
- ❖ À l'ensemble des contrats ou entente de service;
- ❖ À l'ensemble des activités de collecte, d'enregistrement, de traitement, de consultation, de vérification, de communication, d'échange et de diffusion des données d'entreposage, d'archivage et de destruction des données.

Quelques principes directeurs :

- ❖ Toute personne ayant accès aux actifs informationnels assume des responsabilités spécifiques en matière de sécurité et est imputable de ses actions auprès de son supérieur immédiat et au responsable de la sécurité des actifs informationnels (RSAD);
- ❖ Les mesures de protection, de prévention, de détection, et de correction doivent permettre d'assurer la confidentialité, l'intégrité, la disponibilité, l'authentification et l'irrévocabilité des actifs informationnels de même que la continuité des activités. Elles doivent notamment empêcher les accidents, l'erreur, la malveillance ou la destruction d'information effectuée sans autorisation ou contraire aux normes, directives et procédures adoptées par le CHU Sainte-Justine;
- ❖ La gestion de la sécurité de l'information doit être incluse et appliquée tout au long du processus menant à l'acquisition, au développement, à l'utilisation, au remplacement ou la destruction d'un actif informationnel par ou pour le CHU Sainte-Justine;
- ❖ Les renseignements personnels, confidentiels et nominatifs ne doivent être utilisés et ne servir qu'aux fins pour lesquels ils ont été recueillis ou obtenus;
- ❖ Le principe du « droit d'accès minimal » est appliqué en tout temps lors de l'attribution d'accès aux informations.

Responsabilités de l'utilisateur :

- ❖ **prend connaissance de la politique de sécurité;**
- ❖ doit respecter la politique SAI, les normes, les directives et les procédures en vigueur en matière de sécurité de l'information. L'utilisateur est imputable de ses actions auprès de son supérieur immédiat et au responsable de la sécurité des actifs informationnels (RSAI);
- ❖ **avise son supérieur immédiat dès qu'il constate un manquement à la politique.**

Veillez consulter la politique de SAI, accessible dans le bas de la marge de droite de l'intranet.

Formulaire de vérification des antécédents judiciaires

SECTION 1: RENSEIGNEMENTS PERSONNELS		
NOM DE FAMILLE (Si vous portez plus d'un nom de famille, veuillez inscrire vos noms dans leur ordre usuel)		
PRÉNOM (1)		PRÉNOM (2)
DATE DE NAISSANCE	SEXE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
ADRESSE ACTUELLE (App-n° porte, rue)		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
ADRESSE PRÉCÉDENTE (Si depuis moins de 5 ans à l'adresse actuelle)		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
N° PERMIS DE CONDUIRE	N° D'ASSURANCE MALADIE	
FONCTION OU PROFESSION VISÉE		
Résident <input type="checkbox"/>	Externe <input type="checkbox"/>	Bénévole <input type="checkbox"/>
Employé du CHUSJ (incluant le centre de recherche) <input type="checkbox"/>	Médecin, dentiste, pharmacien <input type="checkbox"/>	Soins infirmiers <input checked="" type="checkbox"/>

SECTION 2: DÉCLARATION DE CULPABILITÉ		
A- INFRACTIONS CRIMINELLES		
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas été déclaré coupable d'une infraction criminelle au Canada ou à l'étranger.		
<input type="checkbox"/> J'ai été déclaré coupable, au Canada ou à l'étranger, de l'infraction ou des infractions criminelles suivantes:		
Nature et date de l'infraction	Date de la décision de culpabilité	Lieu de l'infraction, et le cas échéant, du tribunal
B- INFRACTIONS PÉNALES		
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas été déclaré coupable d'une infraction pénale au Canada ou à l'étranger.		
<input type="checkbox"/> J'ai été déclaré coupable, au Canada ou à l'étranger, de l'infraction ou des infractions pénales suivantes:		
Nature et date de l'infraction	Date de la décision de culpabilité	Lieu de l'infraction, et le cas échéant, du tribunal

SECTION 3: ACCUSATIONS ENCORE PENDANTES

A- INFRACTIONS CRIMINELLES

- Je ne fais pas l'objet d'une accusation encore pendante pour une infraction criminelle au Canada ou à l'étranger.
- Je fais l'objet d'une ou plusieurs accusations encore pendantes, au Canada ou à l'étranger, pour l'infraction ou des infractions criminelles suivantes:

Nature et date de l'infraction	Date de la décision de culpabilité	Lieu de l'infraction, et le cas échéant, du tribunal

A- INFRACTIONS CRIMINELLES

- Je ne fais pas l'objet d'une accusation encore pendante pour une infraction pénale au Canada ou à l'étranger.
- Je fais l'objet d'une ou plusieurs accusations encore pendantes, au Canada ou à l'étranger, pour l'infraction ou des infractions pénales suivantes:

Nature et date de l'infraction	Date de la décision de culpabilité	Lieu de l'infraction, et le cas échéant, du tribunal

SECTION 4: ORDONNANCES JUDICIAIRES

- Je ne fais pas l'objet d'une ordonnance judiciaire qui subsiste contre moi, au Canada ou à l'étranger.
- Je fais l'objet d'une ou plusieurs ordonnances judiciaires qui subsistent contre moi, au Canada ou à l'étranger, à savoir:

Nature de l'ordonnance	Date de l'ordonnance	Lieu de l'ordonnance

Je certifie que tous les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts et complets et je m'engage à déclarer tout changement relatif à mes antécédents judiciaires dans les 10 jours de leur occurrence. J'autorise le responsable de l'établissement à vérifier mes antécédents judiciaires. J'autorise également le responsable de l'établissement à communiquer et à recevoir tous les renseignements nécessaires à la vérification de ma déclaration des antécédents judiciaires, tant par un corps policier local que par tout autre moyen mis à la disposition de l'établissement.

Signé à _____ en ce _____
Signature du déclarant _____

Une fois toutes les pages remplies et signées, envoyez les à :
dsi.secretariat.hsj@ssss.gouv.qc.ca ou cliquez sur l'enveloppe

