

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ STAGE DE FORMATION, PERFECTIONNEMENT OU D'OBSERVATION

Veuillez compléter le formulaire d'engagement à la confidentialité en utilisant l'une des méthodes suivantes :

Méthode 1 : Imprimez le formulaire, remplissez-le et signez-le manuellement.

Prenez ensuite une photo du document complété avec votre cellulaire.

Méthode 2 : Imprimez le formulaire, remplissez-le et signez-le manuellement.

Numérisez ensuite le document.

Méthode 3 : Remplissez et signez le formulaire électroniquement.

PUIS envoyez le document à l'adresse stages.soins.infirmiers.hsj@ssss.gouv.qc.ca

JE, soussigné(e), _____ CONFIRME avoir été informé(e) de l'existence et du contenu de :

- [Les renseignements de santé et services sociaux](#)
- [Les bonnes pratiques](#)
- [Les incidents de confidentialité](#)
- [Code d'éthique](#)

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ S'ADRESSANT AUX UTILISATEURS DES CABINETS AUTOMATISÉS DÉCENTRALISÉS (CAD) 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, cette 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.

ENGAGEMENT À LA CONFIDENTIALITÉ

STAGE DE FORMATION, PERFECTIONNEMENT OU D'OBSERVATION

JE, soussigné(e), _____ **COMPRENDS** que dans le cadre de l'autorisation qui m'est accordée par le CHU Sainte-Justine, je suis tenu(e) à une stricte d'obligation de confidentialité, 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 respecter la confidentialité de tous les renseignements du CHU Sainte-Justine auxquels j'aurai accès dans le cadre mon stage, qu'il s'agisse de renseignements personnels (concernant les usagers, leur famille, les visiteurs, les employés et les médecins) ou de renseignements de toute autre nature (informations relatives au CHU Sainte-Justine, relatives aux activités, aux procédés, aux technologies, ou encore informations financières, administratives, scientifiques ou autres), que ces renseignements résultent d'observations que j'ai pu faire ou d'informations m'ayant été transmises verbalement ou par écrit.

JE RECONNAIS que tous les écrits que je préparerai dans le cadre du stage sont, au sens de la Loi sur les droits d'auteurs (L.R.C. 1985, c. C42), la propriété du CHU Sainte-Justine et que le CHU Sainte-Justine en est le premier titulaire du droit d'auteur. Toute utilisation ou diffusion de ces écrits par le stagiaire devra faire l'objet d'une approbation expresse écrite de la part du CHU Sainte-Justine, à l'exception de la transmission de ces documents à sa maison d'enseignement aux fins de suivi et d'évaluation du stage.

JE M'ENGAGE à ne jamais utiliser mon cellulaire lors de mes visites, à ne prendre en note aucun renseignement relatif aux patients du CHU Sainte-Justine, à ne prendre aucune photographie, vidéo ou d'échanger sur les médias sociaux toute information qui permettrait d'identifier un patient, une famille ou une situation clinique.

JE M'ENGAGE à respecter, en tout temps durant ma période de stage, les consignes de mon responsable de stage ou des membres de son équipe qu'il aura désigné pour me superviser.

JE M'ENGAGE à fournir sur demande, une preuve d'assurance responsabilité de la part de ma maison d'enseignement/organisme qui me réfère, couvrant toute la durée de mon stage.

JE M'ENGAGE à informer une personne en autorité au CHU Sainte-Justine de tout incident susceptible de compromettre la confidentialité des renseignements

J'AI PRIS CONNAISSANCE des documents suivants, les ai complétés et remis à mon responsable de stage :

- Document d'engagement à la confidentialité (le présent document)
- Formulaire de vérification des antécédents judiciaires (pour tout candidat âgé de plus de 18 ans)

J'AI ÉTÉ INFORMÉ(E) ET JE COMPRENDS qu'en cas de manquement de ma part au présent engagement, les autorités compétentes de ma maison d'enseignement/organisme seront informées.

Cette déclaration solennelle me lie, même après la cessation de mon stage au CHU Sainte-Justine.

Prénom et nom de la personne en stage au CHUSJ

Étudiante

Enseignante

Stage observation

Stage formation

Signature de la personne en stage au CHUSJ

Date