

Démarche : Accès Permanent

Organisme : Health Data Hub

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

Formulaire

Ce formulaire permet aux organismes bénéficiant d'un accès permanent aux données du SNDS d'enregistrer leur étude mise en oeuvre dans ce cadre conformément aux obligations de mise en oeuvre de transparence associées à l'utilisation des données du SNDS et dispositions précisées dans le décret du 29 juin 2021 relatif aux traitements sur données du SNDS (lien).

Vous n'êtes toutefois pas concerné si votre projet est réalisé sur la plateforme technologique du HDH. Il convient alors de compléter le formulaire relatif aux accès dits hybrides.

N'hésitez pas à poser vos questions sur notre forum (<https://entraide.health-data-hub.fr>) ou en écrivant à hdh@health-data-hub.fr.

Vous pouvez aussi consulter notre site internet (<https://www.health-data-hub.fr>) où un ensemble de supports sont mis à votre disposition pour vous accompagner dans vos démarches.

Date de dépôt du dossier

Accès Permanent

Titre complet de la recherche, étude, évaluation
Titre

Titre du projet à destination du public

Titre

Titre du projet à destination du public

Titre

Titre du projet à destination du public

Objectif(s) de la recherche et intérêt pour la santé publique

La recherche porte sur la finalité suivante

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Information sur la santé ainsi que sur l'offre de soins
- ☐ Définition, mise en œuvre et évaluation des politiques de santé et de protection sociale
- ☐ Connaissance des dépenses de santé
- ☐ Information des professionnels de santé et des établissements de santé sur leur activité
- ☐ Surveillance, veille et sécurité sanitaires
- ☐ Recherche, étude, évaluation

La recherche porte sur le ou les objectif(s) suivant(s)

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Diagnostics
- ☐ Prévention et traitement
- ☐ Prise en charge des patients
- ☐ Sécurité des patients
- ☐ Organisation des établissements de santé
- ☐ Politiques publiques de santé
- ☐ Compréhension des maladies
- ☐ Autre

Accès Permanent

La recherche porte sur le domaine médical suivant

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Allergologie
- ☐ Anatomie cytologie
- ☐ Anesthésiologie-Réanimation
- ☐ Biologie
- ☐ Cancérologie
- ☐ Cardiologie
- ☐ Déficiences et handicaps
- ☐ Dermatologie, vénérologie
- ☐ Endocrinologie et métabolisme
- ☐ Gastro-entérologie et hépatologie
- ☐ Gériatrie
- ☐ Gynécologie obstétrique
- ☐ Hématologie
- ☐ Immunologie
- ☐ Maladies infectieuses
- ☐ Maladies rares
- ☐ Médecine interne
- ☐ Médecine générale
- ☐ Médecine du travail
- ☐ Médecine d'urgence
- ☐ Médecine nucléaire
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Neurologie
- ☐ Odontologie
- ☐ Oto-rhino-laryngologie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychologie et psychiatrie
- ☐ Radiologie et imagerie médicale
- ☐ Rhumatologie
- ☐ Traumatologie
- ☐

Décrivez brièvement l'intérêt pour la santé publique de votre projet, les objectifs poursuivis, les éléments de méthode et la population d'étude

Données

Catégories de données utilisées

Choisir la ou les catégorie(s) pertinente(s) parmi les suivantes

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Informations relatives aux bénéficiaires de soins et de prestations médico-sociales
- ☐ Informations relatives à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et financière associées à chaque bénéficiaire
- ☐ Informations relatives aux pathologies des personnes concernées
- ☐ Informations recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social
- ☐ Informations relatives aux conditions sociales, environnementales, aux habitudes de vie et au contexte socio-économique des personnes concernées
- ☐ Informations médico-sociales relatives à la situation des personnes en situation de handicap
- ☐ Autre

Préciser les autres catégories de données utilisées

Choisir la ou les catégorie(s) pertinente(s) parmi les suivantes

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Informations relatives aux bénéficiaires de soins et de prestations médico-sociales
- ☐ Informations relatives à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et financière associées à chaque bénéficiaire
- ☐ Informations relatives aux pathologies des personnes concernées
- ☐ Informations recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social
- ☐ Informations relatives aux conditions sociales, environnementales, aux habitudes de vie et au contexte socio-économique des personnes concernées
- ☐ Informations médico-sociales relatives à la situation des personnes en situation de handicap
- ☐ Autre

Préciser les autres catégories de données utilisées

Choisir la ou les catégorie(s) pertinente(s) parmi les suivantes

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Informations relatives aux bénéficiaires de soins et de prestations médico-sociales
- ☐ Informations relatives à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et financière associées à chaque bénéficiaire
- ☐ Informations relatives aux pathologies des personnes concernées

Accès Permanent

- ☐ Informations recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social
- ☐ Informations relatives aux conditions sociales, environnementales, aux habitudes de vie et au contexte socio-économique des personnes concernées
- ☐ Informations médico-sociales relatives à la situation des personnes en situation de handicap
- ☐ Autre

Préciser les autres catégories de données utilisées

Sources de données utilisées

Préciser les composantes de la base principale du SNDS mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ DCIR
- ☐ PMSI
- ☐ Causes médicales de décès
- ☐ Données médico-sociales des maisons départementales des personnes handicapées
- ☐ SI-DEP
- ☐ Vaccin-COVID
- ☐ ESND
- ☐ Datamarts

Préciser les composantes de la base principale du SNDS mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ DCIR
- ☐ PMSI
- ☐ Causes médicales de décès
- ☐ Données médico-sociales des maisons départementales des personnes handicapées
- ☐ SI-DEP
- ☐ Vaccin-COVID
- ☐ ESND
- ☐ Datamarts

Préciser les composantes de la base principale du SNDS mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ DCIR
- ☐ PMSI
- ☐ Causes médicales de décès
- ☐ Données médico-sociales des maisons départementales des personnes handicapées
- ☐ SI-DEP
- ☐

Accès Permanent

- ☐ ESND
- ☐ Datamarts

Utilisation des variables sensibles

Préciser la ou les variable(s) sensible(s) utilisée(s) parmi les suivantes

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Commune de résidence de la personne étudiée
- ☐ Année et mois de naissance
- ☐ Date de soins (JJ/MM/AAAA)
- ☐ Date de décès (JJ/MM/AAAA)
- ☐ Commune de décès
- ☐ Aucune

Justification du recours à ces variables sensibles

Préciser

Préciser la ou les variable(s) sensible(s) utilisée(s) parmi les suivantes

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Commune de résidence de la personne étudiée
- ☐ Année et mois de naissance
- ☐ Date de soins (JJ/MM/AAAA)
- ☐ Date de décès (JJ/MM/AAAA)
- ☐ Commune de décès
- ☐ Aucune

Justification du recours à ces variables sensibles

Préciser

Préciser la ou les variable(s) sensible(s) utilisée(s) parmi les suivantes

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Commune de résidence de la personne étudiée
- ☐ Année et mois de naissance
- ☐ Date de soins (JJ/MM/AAAA)
- ☐ Date de décès (JJ/MM/AAAA)
- ☐ Commune de décès
- ☐ Aucune

Justification du recours à ces variables sensibles

Préciser

Accès Permanent

Numéro d'identification des professionnels de santé

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Justification de l'utilisation du numéro d'identification

Plateforme utilisée pour le traitement des données

Préciser la plateforme utilisée pour le traitement des données

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Portail de la CNAM

☐ Plateforme technologique du HDH

☐ Plateforme de l'ATIH

☐ Autres (système fils)

Acteurs financant et participant à l'étude

Responsable(s) de traitement

Nombre de responsable(s) de traitement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01

☐ 02

☐ 03

Nombre de responsable(s) de traitement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01

☐ 02

☐ 03

Nombre de responsable(s) de traitement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01

☐ 02

☐ 03

Responsable de traitement 1

Type de responsable de traitement 1

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Agence

☐ Association de patients

☐

Accès Permanent

- ☐ Bureau d'étude
- ☐ Etablissement public de santé (dont fédération)
- ☐ Etablissement privé de santé (dont fédération)
- ☐ Entreprise du médicament
- ☐ Acteur du dispositif médical
- ☐ Start-up
- ☐ INSERM
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- ☐ Autres universités, écoles, structures de recherches
- ☐ Ministère
- ☐ Autre

Si autre, merci de préciser

Nom du responsable de traitement 1

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Préciser si le responsable de traitement 1 est également responsable de mise en oeuvre

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nom et Prénom du représentant du Responsable de traitement 1

Adresse mail du représentant du Responsable de traitement 1

Accès Permanent

Type de responsable de traitement 1

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Agence
- ☐ Association de patients
- ☐ Assureur
- ☐ Bureau d'étude
- ☐ Etablissement public de santé (dont fédération)
- ☐ Etablissement privé de santé (dont fédération)
- ☐ Entreprise du médicament
- ☐ Acteur du dispositif médical
- ☐ Start-up
- ☐ INSERM
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- ☐ Autres universités, écoles, structures de recherches
- ☐ Ministère
- ☐ Autre

Si autre, merci de préciser

Nom du responsable de traitement 1

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Préciser si le responsable de traitement 1 est également responsable de mise en oeuvre

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐

Accès Permanent

Nom et Prénom du représentant du Responsable de traitement 1

Adresse mail du représentant du Responsable de traitement 1

Type de responsable de traitement 1

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Agence
- ☐ Association de patients
- ☐ Assureur
- ☐ Bureau d'étude
- ☐ Etablissement public de santé (dont fédération)
- ☐ Etablissement privé de santé (dont fédération)
- ☐ Entreprise du médicament
- ☐ Acteur du dispositif médical
- ☐ Start-up
- ☐ INSERM
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- ☐ Autres universités, écoles, structures de recherches
- ☐ Ministère
- ☐ Autre

Si autre, merci de préciser

Nom du responsable de traitement 1

Adresse

Code postal

Ville

Accès Permanent

Pays

Préciser si le responsable de traitement 1 est également responsable de mise en oeuvre

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nom et Prénom du représentant du Responsable de traitement 1

Adresse mail du représentant du Responsable de traitement 1

Responsable de traitement 2

Type de responsable de traitement 2

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Agence

☐ Association de patients

☐ Assureur

☐ Bureau d'étude

☐ Etablissement public de santé (dont fédération)

☐ Etablissement privé de santé (dont fédération)

☐ Entreprise du médicament

☐ Acteur du dispositif médical

☐ Start-up

☐ INSERM

☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques

☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance

☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS

☐ Autres universités, écoles, structures de recherches

☐ Ministère

☐ Autre

Si autre, merci de préciser

Nom et Prénom du représentant du Responsable de traitement 2

Adresse mail du représentant du Responsable de traitement 2

Accès Permanent

Type de responsable de traitement 2

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Agence
- ☐ Association de patients
- ☐ Assureur
- ☐ Bureau d'étude
- ☐ Etablissement public de santé (dont fédération)
- ☐ Etablissement privé de santé (dont fédération)
- ☐ Entreprise du médicament
- ☐ Acteur du dispositif médical
- ☐ Start-up
- ☐ INSERM
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- ☐ Autres universités, écoles, structures de recherches
- ☐ Ministère
- ☐ Autre

Si autre, merci de préciser

Nom et Prénom du représentant du Responsable de traitement 2

Adresse mail du représentant du Responsable de traitement 2

Type de responsable de traitement 2

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Agence
- ☐ Association de patients
- ☐ Assureur
- ☐ Bureau d'étude
- ☐ Etablissement public de santé (dont fédération)
- ☐ Etablissement privé de santé (dont fédération)
- ☐ Entreprise du médicament
- ☐ Acteur du dispositif médical
- ☐ Start-up

Accès Permanent

- ☐ INSERM
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- ☐ Autres universités, écoles, structures de recherches
- ☐ Ministère
- ☐ Autre

Si autre, merci de préciser

Nom et Prénom du représentant du Responsable de traitement 2

Adresse mail du représentant du Responsable de traitement 2

Responsable de traitement 3

Type de responsable de traitement 3

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Agence
- ☐ Association de patients
- ☐ Assureur
- ☐ Bureau d'étude
- ☐ Etablissement public de santé (dont fédération)
- ☐ Etablissement privé de santé (dont fédération)
- ☐ Entreprise du médicament
- ☐ Acteur du dispositif médical
- ☐ Start-up
- ☐ INSERM
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- ☐ Autres universités, écoles, structures de recherches
- ☐ Ministère
- ☐ Autre

Si autre, merci de préciser

Accès Permanent

Nom et Prénom du représentant du Responsable de traitement 3

Adresse mail du représentant du Responsable de traitement 3

Type de responsable de traitement 3

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Agence
- ☐ Association de patients
- ☐ Assureur
- ☐ Bureau d'étude
- ☐ Etablissement public de santé (dont fédération)
- ☐ Etablissement privé de santé (dont fédération)
- ☐ Entreprise du médicament
- ☐ Acteur du dispositif médical
- ☐ Start-up
- ☐ INSERM
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- ☐ Autres universités, écoles, structures de recherches
- ☐ Ministère
- ☐ Autre

Si autre, merci de préciser

Nom et Prénom du représentant du Responsable de traitement 3

Adresse mail du représentant du Responsable de traitement 3

Type de responsable de traitement 3

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Agence
- ☐ Association de patients
- ☐ Assureur
- ☐ Bureau d'étude
- ☐ Etablissement public de santé (dont fédération)

Accès Permanent

- ☐ Etablissement privé de santé (dont fédération)
- ☐ Entreprise du médicament
- ☐ Acteur du dispositif médical
- ☐ Start-up
- ☐ INSERM
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- ☐ Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- ☐ Autres universités, écoles, structures de recherches
- ☐ Ministère
- ☐ Autre

Si autre, merci de préciser

Nom et Prénom du représentant du Responsable de traitement 3

Adresse mail du représentant du Responsable de traitement 3

Responsable(s) de mise en oeuvre

Nombre de responsable(s) de mise en oeuvre impliqué(s) dans le projet

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01

☐ 02

☐ 03

Nombre de responsable(s) de mise en oeuvre impliqué(s) dans le projet

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01

☐ 02

☐ 03

Nombre de responsable(s) de mise en oeuvre impliqué(s) dans le projet

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01

☐ 02

☐ 03

Responsable de mise en oeuvre 1

Nom

Accès Permanent

Adresse

Code Postal

Ville

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Nom et Prénom du représentant du Responsable de mise en oeuvre 1

Adresse mail du représentant du Responsable de mise en oeuvre 1

Nom

Adresse

Code Postal

Ville

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Nom et Prénom du représentant du Responsable de mise en oeuvre 1

Adresse mail du représentant du Responsable de mise en oeuvre 1

Nom

Adresse

Accès Permanent

Code Postal

Ville

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Nom et Prénom du représentant du Responsable de mise en oeuvre 1

Adresse mail du représentant du Responsable de mise en oeuvre 1

Responsable de mise en oeuvre 2

Nom

Adresse

Code Postal

Ville

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Nom et Prénom du représentant du Responsable de mise en oeuvre 2

Adresse mail du représentant du Responsable de mise en oeuvre 2

Nom

Adresse

Code Postal

Accès Permanent

Ville

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Nom et Prénom du représentant du Responsable de mise en oeuvre 2

Adresse mail du représentant du Responsable de mise en oeuvre 2

Nom

Adresse

Code Postal

Ville

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Nom et Prénom du représentant du Responsable de mise en oeuvre 2

Adresse mail du représentant du Responsable de mise en oeuvre 2

Responsable de mise en oeuvre 3

Nom

Adresse

Code Postal

Ville

Accès Permanent

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Nom et Prénom du représentant du Responsable de mise en oeuvre 3

Adresse mail du représentant du Responsable de mise en oeuvre 3

Nom

Adresse

Code Postal

Ville

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Nom et Prénom du représentant du Responsable de mise en oeuvre 3

Adresse mail du représentant du Responsable de mise en oeuvre 3

Nom

Adresse

Code Postal

Ville

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Accès Permanent

Nom et Prénom du représentant du Responsable de mise en oeuvre 3

Adresse mail du représentant du Responsable de mise en oeuvre 3

Calendrier du projet

Date de début

Date de fin

Durée estimée du projet

A préciser en nombre de mois

Durée de conservation aux fins du projet (en année)

Durée de conservation des données à caractère personnel

Prise de décision automatisée

Existence d'une prise de décision individuelle automatisée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui

☐ Non

Fondement juridique

Article 6 du RGPD (Licéité du traitement)

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ (1)(a) consentement spécifique, éclairé et univoque

☐ (1)(b) exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie

☐ (1)(c) respect d'une obligation légale

☐ (1)(d) sauvegarde des intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne

☐ (1)(e) exécution d'une mission d'intérêt public

☐ (1)(f) intérêts légitimes du responsable de traitement

Article 9 du RGPD (Exception permettant de traiter des données de santé)

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ (2)(a) consentement spécifique, éclairé et univoque

☐ (2)(b) obligations et droits en matière de droit du travail, sécurité sociale et protection sociale

☐ (2)(c) sauvegarde des intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne

☐ (2)(d) activités légitimes d'une fondation, association, ou autre organisme non lucratif à une fin politique,

Accès Permanent

- ☐ (2)(e) données manifestement rendues publiques par la personne concernée
- ☐ (2)(f) constatation, exercice, ou défense d'un droit en justice
- ☐ (2)(g) motif d'intérêt public important, sur la base du droit de l'Union ou du droit d'un Etat membre
- ☐ (2)(h) médecine préventive ou médecine du travail
- ☐ (2)(i) intérêt public dans le domaine de la santé publique
- ☐ (2)(j) archives, recherche scientifique ou historique, ou statistiques

Transfert de données personnelles vers un pays hors UE

Un transfert de données personnelles vers un pays hors UE est-il envisagé ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Préciser les garanties appropriées

Nouvelle option : la publication de l'information collective dans le répertoire public des projets

Le HDH met par ailleurs à votre disposition le répertoire public des projets pour partager les notes d'information individuelles et/ou collectives de vos projets, en complément des modalités d'information réalisées par vos soins.

Cette option vous permet de renforcer votre démarche de transparence quand au projet réalisé. Si vous souhaitez publier vos notes, merci de les charger en pièces jointes en fin de document. Elles apparaîtront ensuite sur la fiche projet correspondante.

Délégué à la protection des données

Nom de l'organisme du DPD

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Accès Permanent

DPD

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom et Prénom

Adresse mail

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom et Prénom

Adresse mail

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom et Prénom

Adresse mail

Référent(e) dossier

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom et Prénom

Adresse mail

Téléphone

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Accès Permanent

Nom et Prénom

Adresse mail

Téléphone

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom et Prénom

Adresse mail

Téléphone

Pièces justificatives

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre information participants/patients, le cas échéant

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre information participants/patients, le cas échéant

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre information participants/patients, le cas échéant