

demarche.numerique.gouv.fr

: Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Démarche : Health Data Hub Organisme Identité du demandeur **Email** Civilité Nom Prénom **Formulaire** La procédure d'accès simplifié aux données agrégées du Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) et/ou à l'Échantillon du Système National des Données de Santé (SNDS) est une procédure vous permettant d'accéder à ces données, dans un délai maximum de 15 jours sans avoir à obtenir une autorisation de la CNIL. Seule une approbation du HDH est requise et délivrée dès lors que votre projet remplit différentes conditions. Cet échantillon rassemble les parcours de soins en ville (base du SNIIRAM) et à l'hôpital (base du PMSI) de 2% de la population présente dans la base principale du SNDS sur un historique de 19 ans en plus de l'année en cours. Il est construit sur la même architecture que cette base afin de faciliter la réutilisation des programmes informatiques d'analyse de données entre l'échantillon et la base plus complète. Son recours peut être particulièrement pertinent par exemple pour réaliser des études de faisabilité ou des études sur des maladies chroniques. En contrepartie de l'ouverture et de l'accès facilité à ces données, le porteur de projet doit respecter un ensemble de conditions fixées par le Code de la santé publique, dont l'obligation de transparence. Cette obligation de transparence intervient tout au long de la vie d'un projet utilisant des données du SNDS. Pour faciliter la mise en œuvre de cette obligation pour les projets mobilisant les données de l'ESND, ce formulaire vous permet d'enregistrer les caractéristiques de votre projet dans le répertoire public. Une fois l'étude terminée, il conviendra de partager les résultats et la méthodologie via le formulaire dédié. L'évolution de la modalité de soumission ne modifie pas les conditions et modalités d'accès à ces données. Afin de prendre connaissance de ces dernières et de la documentation associée à cette procédure, nous vous invitons à consulter le guide dédié. Ce dernier est également accessible en version anglaise. Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter sur la FAQ du site ou par mail : hdh@health-data-hub.fr. Liens vers le guide : Version française: https://urls.fr/99ciVe Version anglaise : https://urls.fr/GzJFOc Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Cette démarches est-elle réalisée dans le cadre d'une demande d'accès initiale ou d'une demande de prolongation ? Cochez la mention applicable, une seule valeur possible ☐ Demande d'accès initiale

S'il s'agit d'une demande de prolongation, merci de préciser le numéro du dossier initial Merci d'actualiser les pièces jointes, le cas échéant.
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 Évaluation comparative de l'offre de soins
Évolution des pratiques de prise en charge
Analyses comparatives des activités de soins
Description et analyse des pathologies et parcours de soins des patients
Études épidémiologiques et/ou médico-économiques dont les études pour la

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
préparation des dossiers de discussions et réunions avec les autorités et comités
compétents, ou les études à des fins de surveillance
Études de faisabilité dans le cadre d'une recherche impliquant ou n'impliquant pas la
personne humaine.
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
La recherche porte sur le ou les domaine(s) médical(aux) suivant(s) 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

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
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
Urologie, andrologie et néphrologie
Données
Catégorie des 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 médicosocial
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 médicosocial
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 médicosocial
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 sources de données mobilisées Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Base principale du SNDS
Préciser les composantes de la base principale du SNDS mobilisées Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles Echantillon du SNDS
Données agrágáes (datamarts) du SNIIRAM

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Préciser les sources de données mobilisées
Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Base principale du SNDS
Préciser les composantes de la base principale du SNDS mobilisées Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles Echantillon du SNDS
Données agrégées (datamarts) du SNIIRAM
Préciser les sources de données mobilisées Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Base principale du SNDS
Préciser les composantes de la base principale du SNDS mobilisées Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles Echantillon du SNDS
Données agrégées (datamarts) du SNIIRAM
Variables sensibles Préciser la variable sensible utilisée parmi les suivantes (un seul choix possible) Cochez la mention applicable, une seule valeur possible 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 cette variable sensible Préciser
Utilisez-vous le numéro d'identification des professionnels de santé Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Non
Préciser la variable sensible utilisée parmi les suivantes (un seul choix possible) Cochez la mention applicable, une seule valeur possible 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

Justification du recours à cette variable sensible Préciser
Utilisez-vous le numéro d'identification des professionnels de santé Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Non
Préciser la variable sensible utilisée parmi les suivantes (un seul choix possible) Cochez la mention applicable, une seule valeur possible 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 cette variable sensible Préciser
Utilisez-vous le numéro d'identification des professionnels de santé Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Non
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
Acteurs financant et participant à l'étude
Responsable(s) de traitement Nombre de responsable(s) de traitement impliqué(s) dans le projet Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles 101
□ 02
□ 03

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Nombre de responsable(s) de traitement impliqué(s) dans le projet
Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles 101
□ 02
□ 03
Nombre de responsable(s) de traitement impliqué(s) dans le projet Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles 01
□ ⁰²
□ 03
Responsable de traitement 1 Type de responsable de traitement 1 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Agence
Association de patients
☐ 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
Nom du responsable de traitement 1
Adresse

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Code postal Ville **Pays** Préciser la localisation du responsable de traitement 1 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Dans I'UE Hors UE Représentant du responsable de traitement 1 Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 1 **Adresse Code Postal** Ville Pays Adresse mail du représentant du responsable de traitement 1 Préciser si le responsable de traitement est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui ☐ Non Type de responsable de traitement 1 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible ☐ Agence Association de patients ☐ Bureau d'étude Etablissement public de santé (dont fédération)

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
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 la localisation du responsable de traitement 1 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Dans l'UE
☐ Hors UE
Représentant du responsable de traitement 1
Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 1
Adresse

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND **Code Postal** Ville **Pays** Adresse mail du représentant du responsable de traitement 1 Préciser si le responsable de traitement est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui ☐ Non Type de responsable de traitement 1 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible ☐ Agence Association de patients 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 ☐ Autre Si autre, merci de préciser Nom du responsable de traitement 1 **Adresse**

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Code postal Ville **Pays** Préciser la localisation du responsable de traitement 1 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Dans I'UE ☐ Hors UE Représentant du responsable de traitement 1 Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 1 **Adresse Code Postal** Ville **Pays** Adresse mail du représentant du responsable de traitement 1 Préciser si le responsable de traitement est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui ☐ Non Responsable de traitement 2 Type de responsable de traitement 2 Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles ☐ Agence Association de patients ☐ Bureau d'étude

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
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 2
Adresse
Code postal
Ville
Pays
Préciser la localisation du responsable de traitement 2 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Dans l'UE
☐ Hors UE
Préciser le représentant du responsable de traitement 2 le cas échéant
Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 2
Adresse

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND **Code Postal** Ville **Pays** Adresse mail du représentant du responsable de traitement 2 Préciser si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui ☐ Non Type de responsable de traitement 2 Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles ☐ Agence Association de patients 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 ☐ Autre Si autre, merci de préciser Nom du responsable de traitement 2 **Adresse**

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Code postal Ville **Pays** Préciser la localisation du responsable de traitement 2 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Dans I'UE Hors UE Préciser le représentant du responsable de traitement 2 le cas échéant Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 2 **Adresse Code Postal** Ville **Pays** Adresse mail du représentant du responsable de traitement 2 Préciser si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui ☐ Non Type de responsable de traitement 2 Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles ☐ Agence Association de patients ☐ Bureau d'étude Etablissement public de santé (dont fédération)

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
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 2
Adresse
Code postal
Ville
Pays
Préciser la localisation du responsable de traitement 2 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Dans l'UE
☐ Hors UE
Préciser le représentant du responsable de traitement 2 le cas échéant
Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 2
Adresse

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND **Code Postal** Ville **Pays** Adresse mail du représentant du responsable de traitement 2 Préciser si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui ☐ Non Responsable de traitement 3 Type de responsable de traitement 3 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible ☐ Agence Association de patients ☐ 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 Ministère ☐ Autre Si autre, merci de préciser Nom du responsable de traitement 3 **Adresse**

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Code postal Ville **Pays** Préciser la localisation du responsable de traitement 3 Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles ☐ Dans I'UE Hors UE Préciser le représentant du responsable de traitement 3 le cas échéant Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 3 **Adresse Code Postal** Ville **Pays** Adresse mail du représentant du responsable de traitement 3 Préciser si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui ☐ Non Type de responsable de traitement 3 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible ☐ Agence Association de patients ☐ Bureau d'étude Etablissement public de santé (dont fédération)

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
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 3
Adresse
Code postal
Ville
Pays
Préciser la localisation du responsable de traitement 3 Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles Dans l'UE
☐ Hors UE
Préciser le représentant du responsable de traitement 3 le cas échéant
Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 3
Adresse

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND **Code Postal** Ville **Pays** Adresse mail du représentant du responsable de traitement 3 Préciser si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui ☐ Non Type de responsable de traitement 3 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible ☐ Agence Association de patients 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 ☐ Autre Si autre, merci de préciser Nom du responsable de traitement 3 **Adresse**

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Code postal Ville **Pays** Préciser la localisation du responsable de traitement 3 Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles ☐ Dans I'UE Hors UE Préciser le représentant du responsable de traitement 3 le cas échéant Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 3 **Adresse Code Postal** Ville Pays Adresse mail du représentant du responsable de traitement 3 Préciser si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui ☐ Non Responsable(s) de mise en oeuvre Nombre de responsable(s) de mise en oeuvre non cité(s) comme responsable(s) de traitement Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles □ 01 □ 02 □ 03

Responsable de mise en oeuvre 1 Type de responsable de mise en oeuvre 1 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Agence
Association de patients
Etablissement public de santé (dont fédération)
Etablissement privé de santé (dont fédération)
☐ 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
☐ Bureau d'études
☐ Autre
Si autre, merci de préciser Nom du responsable de mise en oeuvre 1
Adresse
Code postal
Ville
Pays
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

Type de responsable de mise en oeuvre 1 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Agence
Association de patients
Etablissement public de santé (dont fédération)
Etablissement privé de santé (dont fédération)
☐ 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
Bureau d'études
Autre
Nom du responsable de mise en oeuvre 1
Adresse
Code postal
Ville
Pays
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

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Type de responsable de mise en oeuvre 1 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Agence
Association de patients
Etablissement public de santé (dont fédération)
Etablissement privé de santé (dont fédération)
☐ 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
Bureau d'études
☐ Autre
Si autre, merci de préciser Nom du responsable de mise en oeuvre 1
Adresse
Code postal
Ville
Pays
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

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Type du responsable de mise en oeuvre 2 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Agence
Association de patients
Etablissement public de santé (dont fédération)
Etablissement privé de santé (dont fédération)
☐ 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
☐ Bureau d'études
☐ Autre
Si autre, merci de préciser Nom du responsable de mise en oeuvre 2
Adresse
Code postal
Ville
Pays
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

Type du responsable de mise en oeuvre 2

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Agence
Association de patients
Etablissement public de santé (dont fédération)
Etablissement privé de santé (dont fédération)
☐ 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
☐ Bureau d'études
☐ Autre
Si autre, merci de préciser
Now do not reached a section of
Nom du responsable de mise en oeuvre 2
Adresse
Adiesse .
Code postal
Ville
Pays
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

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
Association de patients
Etablissement public de santé (dont fédération)
Etablissement privé de santé (dont fédération)
☐ 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
☐ Bureau d'études
☐ Autre
Si autre, merci de préciser
New demands the demine of a second 2
Nom du responsable de mise en oeuvre 2
Adresse
Autosoc
Code postal
Ville
Pays
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 Type du responsable de mise en oeuvre 3
Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Agence

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
Association de patients
Etablissement public de santé (dont fédération)
Etablissement privé de santé (dont fédération)
☐ 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
Bureau d'études
☐ Autre
Si autre, merci de préciser
Nom du responsable de mise en oeuvre 3
Adresse
Code postal
Code postal
Ville
Pays
Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études
Nomero engagement referentier seconte pour les bureaux à écodes
Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 3
Trom et i renom do representant do responsable de mise en ocovie o
Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 3
The state of the s
Type du responsable de mise en oeuvre 3
Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Agence
\sqcup

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
Etablissement public de santé (dont fédération)
Etablissement privé de santé (dont fédération)
☐ 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
☐ Bureau d'études
☐ Autre
Si autre, merci de préciser
Nam du van anable de mise en accume 2
Nom du responsable de mise en oeuvre 3
Adresse
Adiesse
Code postal
Ville
Pays
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
Type du responsable de mise en oeuvre 3 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Agence
Association de patients

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
Etablissement privé de santé (dont fédération)
□ 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
☐ Bureau d'études
Autre
Si autre, merci de préciser
Nom du responsable de mise en oeuvre 3
Adresse
Code postal
Ville
Pays
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
Experts
Nom et Prénom de l'expert 1
Nom de l'organisme de l'expert 1

Nom et Prénom de l'expert 2
Nom de l'organisme de l'expert 2
Nom et Prénom de l'expert 3
Nom de l'organisme de l'expert 3
Calendrier du projet
Date de début
Date de fin
Durée estimée du projet A préciser en nombre de mois
Destinataire(s) des données
Nombre de destinataire(s) de données Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles 101
□ 02
□ 03
Destinataire de données 1 Nom du destinataire de données 1
Adresse
Code postal
Ville
Pays

Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 1 Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 1 Nom du destinataire de données 1 **Adresse** Code postal Ville **Pays** Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 1 Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 1 Nom du destinataire de données 1 **Adresse** Code postal Ville **Pays** Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 1

Destinataire de données 2
Nom du destinataire de données 2
Adresse
Code postal
Code postal
Ville
Pays
Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 2
·
Advessa mail du vanyésantant du vanganahla du destinataire des denyése 2
Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 2
Nom du destinataire de données 2
Adresse
Code postal
Ville
Pays
Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 2
Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 2
Adresse man de representant de responsable de destinataire des dellinees 2

Nom du destinataire de données 2
Adresse
Code postal
Ville
Pays
Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 2
Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 2
Adresse mail du representant du responsable du destinataire des données 2
Destinataire de données 3
Nom du destinataire de données 3
Adresse
Code postal
Ville
Ville
Pays
Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 3
Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 3
Nom du destinataire de données 3
115.11 do destinatano de definicos o
<u> </u>

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
Code postal
Ville
Pays
Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 3
Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 3
Auresse man do representant do responsable do destinatane des données 5
Nom du destinataire de données 3
Nom de destinataire de données 3
Adresse
Adresse
Code postal
Ville
Pays
T ays
Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 3
Nom et l'ienom de representant de responsable de destinataire des données 5
Advasca mail du représentant du responsable du destinataire des données 2
Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 3
Conservation aux fins du projet (en année)
Durée de conservation des données à caractère personnel

Fondement juridique

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Article 6 du RGPD (Licéité du traitement) Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles
(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, plusieurs valeurs possibles [(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, une seule valeur possible Non
Droits des personnes
Indiquer comment les droits des articles 15 à 20 du RGPD s'appliquent
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.
Souhaitez-vous publier la note d'information dans le répertoire public ? Cochez la mention applicable Oui
Non
Délégué à la protection des données
Nom de l'organisme du DPD
Adresse
Code postal

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Ville
Pays
DPD No. 1. D. r.
Nom et Prénom
Advance 22
Adresse mail
New at Britain
Nom et Prénom
Adresse mail
Adresse mail
Nom et Prénom
Nom et Frenom
Adresse mail
Auresse man
Référent(e) dossier
Civilité Mme
Nom et Prénom
Adresse mail
Téléphone
Civilité Mme
Nom et Prénom
Adresse mail
Téléphone

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
Civilité Mme
Nom et Prénom
Adresse mail
Tálánhana
Téléphone
Pièces justificatives Pièce justificative à joindre en complément du dossier Résumé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Protocole
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 1
Si le responsable de traitement 1 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 2
Si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 3
Si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 1
Non cité comme responsable de traitement
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 2
Non cité comme responsable de traitement
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 3
Non cité comme responsable de traitement

38 / 41

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND Pièce justificative à joindre en complément du dossier Lettre information participants/patients, le cas échéant
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Check-List porteur de projet
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Approbation du HDH, le cas échéant
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Grille d'expertise 1
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Grille d'expertise 2
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Grille d'expertise 3
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document complémentaire 1
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document complémentaire 2
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Résumé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Protocole
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 1
Si le responsable de traitement 1 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 2
Si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 3
Si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 1

Non cité comme responsable de traitement

Soumission d'une demande d'accès à l'ESND
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 2
Non cité comme responsable de traitement
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 3
Non cité comme responsable de traitement
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Lettre information participants/patients, le cas échéant
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Check-List porteur de projet
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Approbation du HDH, le cas échéant
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Grille d'expertise 1
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Grille d'expertise 2
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Grille d'expertise 3
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document complémentaire 1
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document complémentaire 2
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Résumé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Protocole
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 1
Si le responsable de traitement 1 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 2

Si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé

Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 3
Si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 1
Non cité comme responsable de traitement
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 2
Non cité comme responsable de traitement
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 3
Non cité comme responsable de traitement
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Lettre information participants/patients, le cas échéant
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Check-List porteur de projet
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Approbation du HDH, le cas échéant
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Grille d'expertise 1
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Grille d'expertise 2
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Grille d'expertise 3
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document complémentaire 1
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document complémentaire 2