



Demande d'accès aux données de recherche

40000A01

OBJET DE LA DEMANDE

Numéro de la demande	40000A01
Titre officiel du projet	
Date de soumission de la demande	
Type de demande	Demande d'accès aux données
Objet de la demande	

RESPONSABLE(S) DU PROJET

Responsable 1	
Nom, Prénom	
Adresse postale	
Nom de l'organisme, de l'université ou de l'établissement de rattachement principal	
Fonction exercée dans l'organisme de rattachement principal	
Autres affiliations	

IDENTIFICATION DU PROJET

Titre officiel du projet

Titre abrégé du projet

Affiliation(s) du projet

Personne(s)-ressource pour le projet

OBJECTIFS DE RECHERCHE

Objectif principal et objectifs secondaires du projet

POPULATION À L'ÉTUDE

Description générale de la population à l'étude

Méthodologie d'échantillonnage

Population à l'étude

RÉSUMÉ DU PROJET

Sujet à l'étude (problématique)

Étapes de recherche

Plan d'analyse

PROTOCOLE DE RECHERCHE

Date du protocole			
Protocole de recherche	Protocole.docx	Documents additionnels	

ÉCHÉANCIER

Période souhaitée d'accès aux données de recherche

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Membre 1	
Nom, Prénom	
Nom de l'organisme, de l'université ou de l'établissement de rattachement principal	
Fonction exercée dans l'organisme de rattachement principal	
Adresse(s) courriel	De correspondance
Téléphone(s)	Principal
	Secondaire
Rôle (exemple)	Chercheur(e) principal(e) (signataire du contrat)
Droits (exemple)	Accès aux données Lecture du projet Modification de l'équipe Modification du projet Personne-ressource : Pour communication avec l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) et les organisations détentrices des renseignements demandés (réponse aux questions, transmission de documents, etc.)
Curriculum vitæ	CV.pdf

ÉVALUATION ÉTHIQUE

Le projet a-t-il été approuvé par un comité d'éthique à la recherche (CÉR)?	
Le projet a-t-il bénéficié d'un processus d'évaluation éthique multicentrique?	

Comité d'évaluation éthique 1	
Nom du comité d'éthique	
Organisme(s) au(x)quel(s) se rapporte le comité d'éthique	
Statut de l'évaluation	Approuvé
Date de l'approbation initiale	Date de fin de validité
Avis du comité d'éthique	CÉR.docx

FACTURATION

Destinataire de la facturation

Le destinataire de la facturation est-il le chercheur principal de la facturation?	
Identification du destinataire	
Nom, Prénom	
Nom de l'institution ou de l'établissement	
Adresse courriel	
Téléphone	
Adresse de facturation	

DONNÉES DISPONIBLES VIA LE GUICHET

Cohorte : Cohorte fictive (n° 1)	
Nombre d'individus estimé	Les individus doivent-ils être distincts de ceux des autres cohortes?
Critères de sélection	
Description générale des critères de sélection	
Critères de sélection appliqués aux données administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (exemples)	
Critères démographiques (FIPA)	
Période de sélection	
Date de référence pour les critères de sélection	
Critère	Valeur
Âge	
Sexe	
Région sociosanitaire de résidence	
Admissibilité au régime public d'assurance médicaments	
Données à extraire (exemples)	
Extraction de données administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	
Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA)	
Période d'extraction	
Date de référence pour les données	
Renseignements (exemples)	Justification
Numéro banalisé de la personne	
Année et mois de naissance Âge Groupe d'âge Autre indicateur d'âge	Justifications relatives aux objectifs
Sexe de la personne	Justifications relatives aux objectifs
Région sociosanitaire de résidence Au moment de l'extraction des données	Justifications relatives aux objectifs
Admissibilité au régime public d'assurance médicaments	
Période d'admissibilité	
Date de référence pour les données	

Cohorte : Cohorte fictive (n° 1)	
Renseignements (exemples)	Justification
Le fichier sur les périodes d'admissibilité à l'assurance médicaments	
Information sur la personne qui reçoit le service <ul style="list-style-type: none"> - Numéro banalisé de la personne - Code de programme - Code de plan - Année et mois de début d'admissibilité - Année et mois de fin d'admissibilité 	Justifications relatives aux objectifs
Services pharmaceutiques	
Précisions sur les services	
Période de prestation des services	
Date de référence pour les données	
Renseignements (exemples)	Justification
Le fichier sur les services pharmaceutiques	
Information sur le service <ul style="list-style-type: none"> - Date du service - Code DIN - Classe AHF - Code de dénomination commune - Code de forme - Code de teneur - Code de nature d'expression d'ordonnance - Code de sélection du médicament - Durée de traitement - Quantité du médicament 	Justifications relatives aux objectifs
Information sur le prescripteur <ul style="list-style-type: none"> - Classe du prescripteur - Numéro banalisé du prescripteur - Spécialité du prescripteur 	Justifications relatives aux objectifs
Information sur le lieu du service <ul style="list-style-type: none"> - Numéro banalisé de la pharmacie - Région de prestation des services pharmaceutiques 	Justifications relatives aux objectifs
Information sur le coût du service <ul style="list-style-type: none"> - Coût total - Contribution du bénéficiaire 	Justifications relatives aux objectifs
Services médicaux rémunérés à l'acte	
Précisions sur les services	
Période de prestation des services	

Cohorte : Cohorte fictive (n° 1)	
Date de référence pour les données	
Renseignements (exemples)	Justification
Le fichier sur les services médicaux rémunérés à l'acte	
Information sur le service <ul style="list-style-type: none"> - Code de catégorie d'actes - Code d'acte - Rôle dans l'exécution de l'acte - Date du service - Code de diagnostic - Numéro banalisé de la facture 	Justifications relatives aux objectifs
Information sur le professionnel traitant <ul style="list-style-type: none"> - Classe du professionnel - Numéro banalisé du professionnel - Spécialité du professionnel - Code d'entente de facturation 	Justifications relatives aux objectifs
Information sur le professionnel référent <ul style="list-style-type: none"> - Classe du professionnel référent - Numéro banalisé du professionnel référent - Spécialité du professionnel référent 	Justifications relatives aux objectifs
Information sur le lieu du service <ul style="list-style-type: none"> - Type d'établissement - Code de secteur d'activité - Numéro banalisé du lieu de prestation de soins (établissement) - Code de localité banalisé du lieu de prestation de soins - Région de prestation de soins 	Justifications relatives aux objectifs
Information sur le coût du service <ul style="list-style-type: none"> - Montant facturé 	Justifications relatives aux objectifs

APPARIEMENT OU JUMELAGE DE DONNÉES

Le projet nécessite-t-il le jumelage avec des fichiers externes au guichet?

MODALITÉS D'ACCÈS

Logiciel(s) nécessaire(s)	
Lieu(x) d'accès aux données (exemple)	CADRISQ

SOUSSION DE LA DEMANDE

En signant ce document, moi, le demandeur et responsable de cette étude, j'atteste que :

- les renseignements utilisés dans le cadre de ce projet de recherche ne serviront qu'à des fins de recherche, et non à des fins commerciales ou à des fins de surveillance continue.
- l'objectif de ma recherche ne peut être atteint que par la communication de ces renseignements et seuls les renseignements nécessaires à ma recherche sont demandés.
- il est déraisonnable d'exiger que j'obtienne le consentement des personnes concernées.

Justification :

-

- les informations contenues dans le présent formulaire sont fournies de bonne foi et au mieux de mes connaissances.

Je sou mets cette demande en tant que :

- chercheur(e) rattaché(e) à un établissement d'enseignement habilité à faire de la recherche ou à une autre institution de recherche reconnue au Québec

Advenant que j'obtienne les autorisations à accéder aux renseignements demandés dans le cadre de mon projet de recherche, je m'engage à :

- assumer le rôle de responsable de cette recherche
- respecter les conditions définies au contrat signé avec l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) pour accéder aux données.
- autoriser l'ISQ à communiquer le contrat signé et ses annexes aux organisations détentrices des renseignements demandés et à la Commission d'accès à l'information (CAI). Par la même occasion, j'autorise l'ISQ à recevoir de ces organisations des renseignements ou des documents relatifs à cette demande. Cette autorisation est valable jusqu'à la fin de l'accès aux données ou jusqu'au retrait de la demande.

Je comprends qu'en apposant mon nom sur la présente demande et en soumettant cette dernière, je m'engage, de la même manière que s'il s'agissait de ma signature manuscrite, à respecter toutes les conditions.