Bonjour,

Avant de procéder à la demande d’images, **veuillez lire attentivement les directives suivantes**.

**Toutes demandes non-conformes aux directives ci-dessous seront rejetées** et vous devrez soumettre une nouvelle demande.

**Directives** :

1. Enregistrer le formulaire de demande (enregistrer-sous), **en format Word** (format actuel), en le renommant avec votre nom et le nom de votre établissement (ex : Patricia Paré CIUSSSE-CHUS).
2. Remplir les champs dans la section « Demandeur ».
3. Insérer chaque image demandée à l'aide de l'icône et redimensionner dans leur espace prévue (en sélectionnant le coin externe)
4. Indiquer le « Titre de la MSI ».
5. Sélectionner la thématique correspondante à l'image.
6. Indiquer le nombre d’images demandé.
7. Insérer votre signature (format .jpg) à l'aide de l'icône et date de la demande.
8. Sauvegarder votre formulaire.
9. Retourner le formulaire, dûment rempli, par courriel à l’adresse suivante en vous assurant d’indiquer « Demande d’image » en objet : msi.cess@ssss.gouv.qc.ca

Merci, votre demande sera traitée dans les meilleurs délais !

L’Équipe MSI

# Formulaire pour utilisation d’images appartenant aux Méthodes de soins informatisées (MSI)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DEMANDEUR | | | |
| 1. Établissement : |  | | |
| 1. Prénom et nom : |  | | |
| 1. Titre : |  | | |
| 1. Courriel : |  | | |
| 1. Téléphone : | poste | | |
| 1. Type de diffusion/utilisation prévue : |  | | |
| Je comprends et accepte que :  Ces images soient utilisées à des fins éducatives, de formation et d’utilisation clinique dans le réseau de la santé du Québec au sein de notre établissement uniquement.   Le « Demandeur », incluant toutes personnes de l'établissement cité, n'ont aucun droit de diffusion nul autre que le type demandé et mentionné ci-dessus (question no. 6)  Nonobstant la signature des présentes, le Centre d’expertise en santé de Sherbrooke conserve et se réserve tous les droits incluant les droits d’auteur sur les images des Méthodes de soins informatisées. | | | |
| Signature du demandeur :  Date de la signature : Date | | | |
| PERMISSION DE L’AUTEUR | | | |
| Je consens et donne expressément aux présents, pour une période d’un an, la permission de l’utilisation des images citées (voir p. j page 2, 3) qui sont incluses dans le logiciel *Méthodes de soins informatisées (MSI)* en format électronique. Ce consentement se renouvellera tacitement à chaque année à moins d'avis contraire. Ces images seront rendues disponibles par le Centre d’expertise en santé de Sherbrooke (organisme à but non lucratif) : | | | |
| Signature du représentant CESS  Conseillère clinique et chef d'équipe aux MSI  Martine Longtin, inf. MSc | | Date. | |
| Note : | | Initiales : | Date. |
| Note : | | Initiales : | Date. |
| Note : | | Initiales : | Date. |
| Note : | | Initiales : | Date. |
| Note : | | Initiales : | Date. |
| Équipe MSI - Centre d'expertise en santé de Sherbrooke 500 rue Murray, bureau 900, Sherbrooke, QC J1G 2K6  Courriel : [msi.cess@ssss.gouv.qc.ca](mailto:msi.cess@ssss.gouv.qc.ca) | | | |

# Formulaire pour utilisation d’images appartenant aux méthodes de soins informatisées (MSI)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénom et nom du demandeur : | |  | |
| **INSÉRER LES IMAGES** | | **TITRE DE LA MSI** | **THÉMATIQUES** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
|  | NB IMAGES DU DEMANDEUR :    AU TOTAL | | |

# Formulaire pour utilisation d’images appartenant aux méthodes de soins informatisées (MSI)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prénom et nom du demandeur : | |  | |
| **INSÉRER LES IMAGES** | | **TITRE DE LA MSI** | **THÉMATIQUES** |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
|  | NB IMAGES DU DEMANDEUR :    AU TOTAL | | |