

Bonjour,

Veillez lire attentivement les directives suivantes

Toutes demandes non-conformes aux directives seront rejetées et vous devrez soumettre à nouveau

DIRECTIVES DU « DEMANDEUR »

1. **Compléter un formulaire par « type » de demande**
2. « **Enregistrer-sous** » le formulaire au format actuel en le renommant avec vos coordonnées.
(Votre prénom, nom_établissement_type de demande) (ex : Patricia Paré_CIUSSE-CHUS_Vidéo)
3. Remplir la section **A « Demandeur »**
4. Insérer votre signature (**format.jpg**) à l'aide de l'icône ainsi que la date de la demande
5. Remplir la section **B, C, D ou E** selon le type de demande
6. Sauvegarder votre formulaire.
7. Retourner le formulaire, dûment rempli à l'adresse courriel msi.cess@ssss.gouv.qc.ca en vous assurant d'indiquer « **en objet** » le type de demande (ex : « Demande vidéo »)

Demande « Images » :
<ol style="list-style-type: none">1. Remplir la section B2. Insérer chaque image demandée à l'aide de l'icône (repositionner dans sa case au besoin, par le coin externe)3. Indiquer le « Titre de la MSI »4. Sélectionner la thématique correspondante à l'image5. Indiquer le nombre d'images demandé
Demande « Vidéos » :
<ol style="list-style-type: none">1. Remplir la section C2. Indiquer le « Titre de la vidéo »3. Sélectionner la thématique correspondante à la vidéo4. Indiquer le nombre de vidéos demandé
Demande « Documents » :
<ol style="list-style-type: none">1. Remplir la section D2. Indiquer le « Titre du document »3. Sélectionner la thématique correspondante au document4. Indiquer le nombre de documents demandé
Demande « Autres » :
<ol style="list-style-type: none">1. Remplir la section E2. Précisez la demande « Autre »3. Sélectionner la thématique correspondante au besoin

Merci ! Votre demande sera traitée dans les meilleurs délais !

L'Équipe MSI

Formulaire de demande diverses - Méthodes de soins informatisées (MSI)

SECTION A : DEMANDEUR

Prénom, nom :		
Titre :		
Courriel :		
Téléphone :		Poste
Établissement :		
Type de demande :	Sélectionner un type	
Autres, précisez :		
Type de diffusion/utilisation prévue :		

Je comprends et accepte que :

- Les informations demandées 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/utilisation nul autre que celui demandé et mentionné ci-dessus.
- 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, documents, vidéos et autres informations tirées des Méthodes de soins informatisées.

Signature du demandeur :

Date de la signature :

PERMISSION DE L'AUTEUR

Je consens et donne expressément aux présents, pour une période d'un an, la permission de l'utilisation des informations citées aux sections B, C, D et E, 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 informations seront rendues disponibles par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (organisme à but non lucratif) :

Signature du représentant CESS Conseillère et coordonnatrice clinique aux MSI Martine Longtin, inf. MSc	Date
Note :	Date

SECTION B : IMAGES

INSÉRER LES IMAGES	TITRE DE LA MSI	THÉMATIQUES
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

NB IMAGES DU DEMANDEUR : AU TOTAL

SECTION C : VIDÉOS

	TITRE DE LA VIDÉO	TITRE DE LA MSI	THÉMATIQUES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

NB DE VIDÉO DU DEMANDEUR : AU TOTAL

SECTION D : DOCUMENTS

	TITRE DU DOCUMENT	TITRE DE LA MSI	THÉMATIQUES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

NB DE DOCUMENT DU DEMANDEUR : AU TOTAL

SECTION E : AUTRES

	Précision de la demande	TITRE DE LA MSI	THÉMATIQUES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
NB « AUTRE » DU DEMANDEUR : AU TOTAL			