

Formulaire de demande de données pour la planification du système de santé

Comment utiliser ce formulaire?

Ce formulaire est utilisé pour demander des données SO agrégées ou publiées afin de soutenir la gestion et la planification du système de santé. Il peut également être utilisé pour demander des données agrégées ou publiées avant le dépôt d'une demande de subvention. Pour les recherches approuvées par le CÉR, veuillez utiliser le formulaire fourni sur notre site Internet (<https://www.ccohealth.ca/en/request-data-for-research>).

Parties à remplir :

- A. COORDONNÉES
- B. DESCRIPTION DU RAPPORT
- C. DÉTAILS DU RAPPORT
- D. REMERCIEMENTS

Veuillez vous assurer que toutes les parties (A, B, C et D) sont remplies avant de soumettre à OH-CCO_Datarequest@ontariohealth.ca. Les formulaires ne seront traités que lorsque toutes les parties auront été dûment remplies.

Délai de traitement de la demande

Le temps nécessaire pour traiter une demande de données complète dépend de la complexité de celle-ci. Une fois votre demande reçue, nous vérifions qu'elle est complète. Si tous les éléments du formulaire sont complets, les experts en données de SO examinent votre demande pour en évaluer la faisabilité. Cette étape peut nécessiter des précisions supplémentaires de la part des demandeurs. Si la demande peut être traitée, l'équipe fournira une date de livraison estimée. Veuillez noter que, malgré tous nos efforts pour répondre aux demandes de données, SO ne sera peut-être pas toujours en mesure de les satisfaire.

A. COORDONNÉES

Nom du Demandeur	
Nom de l'organisme	
Type d'organisme	
Adresse	
Numéro de téléphone	
Adresse courriel	

B. DESCRIPTION DU RAPPORT

Objet de la demande (énoncé des objectifs)	
Description détaillée de la manière dont les données seront utilisées Remarque : veuillez noter que les données fournies par SO ne peuvent être utilisées qu'aux fins décrites ici.	
Public visé	
Type de données vues par le public (les données agrégées ou publiées)	
Méthodologie de SO Veuillez indiquer si SO est en mesure de mettre à disposition la méthodologie relative aux données que vous demandez et/ou si vous avez été en contact avec une personne de SO pour discuter de votre demande (si oui, veuillez fournir un nom de contact)	
Date souhaitée pour la livraison des données	

Remarque : veuillez consulter la description du calendrier de traitement des demandes à la page 1.	
<p>C. DONNÉES DEMANDÉES</p> <p>*Si SO est en mesure de mettre à disposition la méthodologie relative aux données demandées et que vous l'avez indiqué ci-dessus, il n'est pas nécessaire de remplir cette partie.</p>	
Choisissez le type de données que vous demandez.	
Liste des éléments de données, le cas échéant	
Source(s) des données	
Période couverte par les données (Par exemple, au cours de l'exercice 2014/2015)	
Éléments de données récapitulatifs, le cas échéant (Ex. nombre de visites, temps d'attente en jours, etc.)	
Regroupement des éléments de données, le cas échéant (Par exemple, par mois, par localisation de la maladie, par sexe, etc.)	
Veuillez indiquer s'il existe des critères d'exclusion pour les données. (Par exemple, les tranches d'âge, les régions)	
Autres critères d'exclusion, le cas échéant (Par exemple, uniquement les patients présentant un diagnostic C50 selon la CIM-10)	
Format du rapport	

(Veuillez joindre un modèle de tableau indiquant comment les données doivent être présentées.)	
<p>D. REMERCIEMENTS</p> <p>Le Demandeur et son gestionnaire/superviseur certifient que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et que les données fournies par SO ne seront utilisées qu'aux fins indiquées ci-dessus.</p> <p>Le Demandeur et son gestionnaire/superviseur reconnaissent et acceptent de ne pas utiliser les données agrégées ou au niveau de l'enregistrement fournies par SO, seules ou combinées à d'autres informations, pour identifier une personne. Cette mesure inclut toute tentative de décryptage d'informations cryptées, les tentatives d'identification d'une personne sur la base d'informations non cryptées et les tentatives d'identification d'une personne à partir de connaissances préalables.</p>	
Nom du Demandeur	
Titre	
Signature	
Date	
Nom du gestionnaire/superviseur	
Titre	
Signature	
Date	

Vous souhaitez obtenir cette information dans un format accessible? 1-877-280-8538, TTY 1-800-855-0511, info@ontariohealth.ca. Document disponible en français en contactant info@ontariohealth.ca