

HEALTHCARE
POLICY
Politiques de Santé

Longwoods Publishing 260 Adelaide Street East, No.8 Toronto, ON M5A 1N1 Canada
Tel: 416-864-9667 Fax: 416-368-4443 www.healthcarepolicy.net

Formulaire de déclaration de conflit d'intérêts

Numéro d'identification du manuscrit

Titre de l'article (premiers mots)

Divulgence financière/Conflit d'intérêts

La confiance du public dans le processus d'évaluation par les pairs et la crédibilité des articles publiés dépendent en partie de la façon dont est traitée la question des conflits d'intérêts au cours du processus de rédaction, d'évaluation par les pairs et de décision de publication. Il y a conflit d'intérêts quand l'auteur d'un manuscrit ou d'une lettre à l'éditeur entretient des relations d'ordre financier ou personnel avec d'autres personnes ou organismes qui pourraient influencer (ou biaiser) de façon inappropriée ses actions.

Ce questionnaire doit être rempli et signé par chacun des auteurs de l'ouvrage inscrit ci-dessus. Le formulaire doit être envoyé aux bureaux de la revue au moment de la soumission du manuscrit. Les renseignements qui s'y trouvent seront utilisés uniquement par le comité de rédaction de Politiques de Santé/Healthcare Policy. Ils n'apparaîtront dans aucune publication ni sur le site Web de Longwoods.

- - - - Veuillez répondre aux trois (3) questions - - - -

Question 1 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (ou un membre de votre famille immédiate) été impliqué dans tout type de relation d'ordre financier qui peut présenter une situation de conflit d'intérêts, telle que l'embauche, la possession d'actions, les droits d'auteur, les redevances ou le témoignage d'expert rémunéré?

Oui (veuillez préciser sur une feuille à part)

Non

Question 2 : Mentionnez-vous les produits ou services liés à ces intérêts commerciaux?

Oui (veuillez préciser sur une feuille à part)

Non

Question 3 : Avez-vous eu accès à toutes les données de l'étude (le cas échéant) et, de ce fait, attestez-vous pleinement de l'intégrité des données et de la précision de leur analyse?

Oui

Non

Signature de l'auteur

Signature de l'auteur

Nom (en caractères d'imprimerie) et date

Nom (en caractères d'imprimerie) et date

Signature de l'auteur

Signature de l'auteur

Nom (en caractères d'imprimerie) et date

Nom (en caractères d'imprimerie) et date

Signature de l'auteur

Signature de l'auteur

Nom (en caractères d'imprimerie) et date

Nom (en caractères d'imprimerie) et date

Une fois rempli, le formulaire peut être scanné et envoyé par courriel (en document joint) ou par télécopie aux bureaux de la rédaction : 416-368-4443.