



Formulaire d'engagement à la confidentialité
en laboratoire de simulation

En tant que participant ou observateur à une activité d'apprentissage par simulation, je (nom, prénom) _____ comprends l'importance d'assurer la plus stricte confidentialité concernant tous les renseignements cliniques auxquels j'aurai accès, les détails des actions des participants en situation d'apprentissage par simulation de même que les scénarios.

Je m'engage à ne pas communiquer, ni divulguer, ni révéler ces renseignements de quelque façon que ce soit à quiconque, sans y être dûment autorisé(e) par la personne concernée ou par la loi.

En apposant ma signature ci-après, je conviens avoir lu et compris le présent engagement et je m'engage à respecter les termes de celui-ci.

_____	_____	_____
Nom du participant ou de l'observateur	Signature	Date

_____	_____	_____
Nom de l'employé(e) de l'UQO	Signature	Date

