



**Canadian Cardiovascular Society**

*Leadership. Knowledge. Community.*

**Société canadienne de cardiologie**

*Communauté. Connaissances. Leadership.*

## SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE

### FORMULAIRE DE DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS ET DES INTÉRÊTS PERSONNELS DE 2020

La Société canadienne de cardiologie est une organisation composée de membres qui valorise la participation et les contributions des membres de son Conseil, des membres de son Comité et de ses employés. La SCC reconnaît la diversité des antécédents des individus impliqués et admet que de potentiels conflits d'intérêts pourraient survenir. La déclaration est largement considérée comme l'élément fondamental à la gestion des conflits d'intérêts. Les membres du Conseil, les membres du comité et les employés de la SCC doivent remplir ce formulaire en lien avec les conflits d'intérêts chaque année. Le formulaire sera ensuite conservé au bureau de la SCC pendant 12 mois.

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Veillez cocher une seule case :**

- Je ne suis actuellement **pas** affilié (financièrement ou autrement), et je ne l'ai pas été au cours des deux (2) années précédentes, à une organisation commerciale ou sans but lucratif dans les deux (2) dernières années qui pourrait avoir un lien direct ou indirect avec mon rôle à la SCC.
- Je suis ou j'ai été affilié (financièrement ou autrement) à une organisation commerciale ou sans but lucratif au cours des deux (2) dernières années qui pourrait avoir un lien direct ou indirect avec mon rôle à la SCC. Si vous cochez cette case, veuillez fournir des détails à la question suivante.

#### Déclaration des relations pertinentes

- 1. Rémunération/frais de consultation/honoraires :** *notamment les honoraires reçus d'une tierce partie, les cadeaux ou autres attentions ou la rémunération « en nature », que ce soit pour une consultation, une conférence, un voyage, un service sur un comité consultatif, un témoignage légal, des subventions, une commandite ou une consultation pour toute autre fin semblable au cours des deux (2) dernières années.*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune organisation  | <input type="checkbox"/> AstraZeneca          |
| <input type="checkbox"/> Abbott Vascular      | <input type="checkbox"/> Boehringer Ingelheim |
| <input type="checkbox"/> Bayer                | <input type="checkbox"/> Bristol-Myers Squibb |
| <input type="checkbox"/> Boston Scientific    | <input type="checkbox"/> Eli Lilly            |
| <input type="checkbox"/> Edwards Lifesciences | <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson    |
| <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline      | <input type="checkbox"/> Merck                |
| <input type="checkbox"/> Medtronic            | <input type="checkbox"/> Pfizer               |
| <input type="checkbox"/> Novartis             | <input type="checkbox"/> Sanofi-Aventis       |
| <input type="checkbox"/> Roche                | <input type="checkbox"/> Servier              |
| <input type="checkbox"/> Schering Plough      |   |
| <input type="checkbox"/> St. Jude Medical     | Autre, veuillez préciser :                    |

2. **Cadre, directeur ou tout autre rôle fiduciaire** : *qu'une rémunération soit reçue ou non pour ce service.*  
 Aucune organisation ou entreprise  Oui, veuillez indiquer le nom de l'entreprise ou de l'organisation :

3. **Essais cliniques** : *participation à un essai clinique commandité par une organisation commerciale qui pourrait avoir un lien direct ou indirect au contenu de ma présentation.*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune organisation  | <input type="checkbox"/> AstraZeneca          |
| <input type="checkbox"/> Abbott Vascular      | <input type="checkbox"/> Boehringer Ingelheim |
| <input type="checkbox"/> Bayer                | <input type="checkbox"/> Bristol-Myers Squibb |
| <input type="checkbox"/> Boston Scientific    | <input type="checkbox"/> Eli Lilly            |
| <input type="checkbox"/> Edwards Lifesciences | <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson    |
| <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline      | <input type="checkbox"/> Merck                |
| <input type="checkbox"/> Medtronic            | <input type="checkbox"/> Pfizer               |
| <input type="checkbox"/> Novartis             | <input type="checkbox"/> Sanofi-Aventis       |
| <input type="checkbox"/> Roche                | <input type="checkbox"/> Servier              |
| <input type="checkbox"/> Schering Plough      | Autre, veuillez préciser :                    |
| <input type="checkbox"/> St. Jude Medical     |   |

4. **Propriétaire/partenaire/actionnaire majoritaire** : *excluant les fonds communs de placement diversifiés.*  
 Aucune organisation ou entreprise  Oui, veuillez indiquer le nom de l'entreprise ou de l'organisation :

5. **Droits de propriété intellectuelle** : *y compris les brevets et les autres droits de propriété intellectuelle au sein d'une propriété à but lucratif.*  
 Aucune organisation ou entreprise  Oui, veuillez indiquer le nom de l'entreprise ou de l'organisation :

6. **Autre avantage financier**  
 Aucune organisation ou entreprise  Oui, veuillez indiquer le nom de l'entreprise ou de l'organisation :

Je reconnais que les renseignements ci-dessus sont exacts.

Oui  Non

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_