

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUR LA CUEILLETTE, L'USAGE ET LA CONSERVATION DE CARACTÉRISTIQUES OU DE MESURES BIOMÉTRIQUES

| | | |
|----------------|--------------------------------|-------------------|
| Nom | Prénom | |
| Titre d'emploi | Enseignant en soins infirmiers | Date de naissance |
| Compte Windows | No OIIQ | |

1. INTRODUCTION

Le CISSS-CA a implanté un système de cabinets automatisés décentralisés de distribution des médicaments avec gestion des accès. À cet égard, nous désirons obtenir votre consentement afin de prendre des lectures biométriques d'empreintes digitales.

2. CARACTÉRISTIQUES

À la réception de votre consentement, le CISSS-CA procédera à la cueillette de vos données biométriques. Le lecteur biométrique photographie le doigt, y compris l'empreinte digitale. L'image créée par cette photographie n'est pas conservée. À partir de la photographie, le logiciel place des points à une multitude d'endroits

(60) afin que l'ensemble des points puisse constituer l'identification de votre doigt uniquement. Cette étape est effectuée trois fois pour un seul doigt afin de créer un modèle unique qui est crypté en mode binaire dans la base de données. Vos caractéristiques ou mesures biométriques sont des renseignements personnels aux termes de la loi. Le CISSS-CA s'engage donc à ce que les mécanismes de sécurité en assurent la confidentialité.

3. FINALITÉS VISÉES PAR L'UTILISATION DE LA BIOMÉTRIE

Les caractéristiques ou mesures biométriques sont recueillies afin de permettre un maximum de sécurité lors de l'accès aux cabinets de médicaments tout en utilisant une procédure rapide et facile d'utilisation. Elles permettent de restreindre les risques d'utilisation frauduleuse de codes d'accès d'autres employés et de chapardage de médicaments, particulièrement en lien avec la gestion sécuritaire des stupéfiants et drogues contrôlées. Elles font partie de votre identification d'utilisateur dans le système des cabinets automatisés et ne serviront à aucune autre fin.

4. MESURES DE SÉCURITÉ

Vos renseignements personnels sont importants pour le CISSS-CA et pour cette raison il s'assure que vos caractéristiques ou mesures biométriques sont adéquatement protégées afin de préserver leur confidentialité. Vos caractéristiques ou mesures biométriques feront l'objet d'un cryptage mis en place pour assurer la confidentialité de vos caractéristiques ou mesures biométriques. Les employés du CISSS-CA n'ont pas accès à vos caractéristiques ou mesures biométriques : ces modèles binaires sont secrets et exclusifs au système des cabinets. Seuls le nom et le numéro de matricule sont accessibles à l'établissement.

5. CONSERVATION

Vos caractéristiques ou mesures biométriques seront conservées jusqu'à ce que le premier des événements suivants survienne :

- a) la fin de votre emploi/affectation auprès du CISSS-CA ou;
- b) la mutation vers un poste qui n'exige plus la mesure biométrique;
- c) le moment à compter duquel le CISSS-CA utilise une nouvelle méthode qui ne correspond pas à la méthode mentionnée au point 1 ci-dessus.

Lorsque le premier de ces événements se produira, le CISSS-CA procédera à la destruction sécuritaire de vos caractéristiques ou mesures biométriques dans les meilleurs délais.

6. COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Afin d'assurer que vos caractéristiques ou mesures biométriques soient recueillies, utilisées et conservées conformément aux standards de sécurité mentionnés au point 4, le CISSS-CA a imposé à ses fournisseurs de services biométriques la mise en place et le maintien de mesures de sécurité appropriées. Le CISSS-CA et les fournisseurs ne communiqueront pas vos renseignements personnels, y compris les caractéristiques ou mesures biométriques à qui que ce soit à moins d'avoir l'obligation de divulguer certains renseignements personnels lorsque la loi le requiert.

7. LIEU D'ENTREPOSAGE DES CARACTÉRISTIQUES OU MESURES BIOMÉTRIQUES

Les caractéristiques ou mesures biométriques, comme tous les autres renseignements personnels liés à ce système, sont conservées sur le serveur de l'application biométrique des cabinets dans la salle des serveurs.

8. CONSENTEMENT

Je confirme avoir pris connaissance et avoir compris l'information contenue dans ce formulaire relativement à la cueillette, l'usage et la conservation de mes caractéristiques ou mesures biométriques par le CISSS-CA. Je comprends également que mes caractéristiques ou mesures biométriques ne serviront qu'aux fins d'authentification d'accès aux cabinets automatisés décentralisés de distribution des médicaments déployés dans le CISSS-CA.

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la conservation de mes caractéristiques ou mesures biométriques sous réserve des dispositions des présentes.

Signé à

le

lieu

date

Signature du professionnel autorisé