

DÉCLARATION PUBLIQUE D'INTÉRÊTS

Je, soussigné, Prof. Maya Hites

Organisation/Société CUB-Erasme

Adresse professionnelle Maya.Hites@erasme.ulb.ac.be

Adresse e-mail mayalain@hotmail.com

déclare par la présente sur l'honneur que, à ma connaissance, les seuls intérêts directs ou indirects que j'ai dans une institution ou entreprise, sont indiqués ci-dessous :

(Veuillez cocher une case par ligne, et spécifier l'institution ou l'entreprise et le nom du produit dans le cas d'un intérêt déclaré¹. Si nécessaire, utilisez des feuilles supplémentaires datées et signées).

Tableau 1

Activité pour une institution/entreprise liée à un produit / groupe de produits particulier	Aucune	Actuellement	Entre 0 et 2 ans passés	Il y a plus de 2 ans mais moins de 5 ans ²
Employé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultant ³	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investigateur principal ⁴	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre d'un comité de direction, membre d'un conseil consultatif ou d'un ensemble équivalent	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Investigateur (non principal) pour le développement d'un produit ⁵	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Si vous cochez la moindre case dans la partie ombragée (intérêt déclaré), vous devez fournir des informations supplémentaires concernant l'institution/entreprise et les produits concernés en Page 2. Si vous déclarez un intérêt dans le Tableau 1 mais que vous ne fournissez pas les informations adéquates en Page 2, votre formulaire vous sera retourné pour être complété.

² Vous êtes invité à fournir des informations sur vos intérêts d'il y a plus de 5 ans. Ces informations ne seront pas utilisées dans l'évaluation des intérêts déclarés mais seront utiles dans le cadre d'une transparence accrue en ce qui concerne ces intérêts antérieurs.

³ Un **consultant** est défini comme un expert qui facture une commission (personnelle, institutionnelle ou les deux) pour fournir des conseils ou des services dans un domaine particulier.

⁴ Un **Investigateur principal**, aux fins d'application du présent document, est considéré être l'investigateur (coordinateur) responsable de la coordination des investigateurs sur différents sites participant à un essai/investigation clinique multicentrique.

⁵ Un **Investigateur**, aux fins d'application du présent document, est considéré être un investigateur impliqué dans un essai clinique sur un site d'essai/investigation clinique spécifique. Un investigateur peut soit être le chef responsable de l'équipe d'essai/investigation clinique (responsable de la conduite de l'essai/investigation clinique sur ce site, y compris de la désignation et de la supervision de l'équipe) ou un membre de l'équipe, qui exécute des procédures essentielles liées à l'essai/investigation et prend des décisions importantes liées à l'essai/investigation.

SIGNATURE: 

DATE: 3/2/2024

	Période d'activité	Institution / entreprise	Produits Veuillez indiquer tous les produits pour lesquels vous avez une responsabilité principale	Indication thérapeutique - fins diagnostique ou thérapeutique
Employé				

	Période d'activité	Institution/entreprise	Produits Veuillez indiquer tous les produits pour lesquels vous avez été consultant en ce qui concerne leur développement.	Indication thérapeutique - fins diagnostique ou thérapeutique
Consultant				

	Période d'activité	Institution/entreprise	Domaine d'activité / de produit	Indication thérapeutique - fins diagnostique ou thérapeutique
Membre d'un comité de direction, membre d'un conseil consultatif, ou d'un groupe équivalent	7/2020	Gilead	Advisory board for education on invasive fungal infections	Educational activities

	Période d'activité	Institution/entreprise	Produits	Indication - fins diagnostique ou thérapeutique

SIGNATURE:

DATE:

Investigateur principal	6/2020-on-going	Discovery study	Remdesivir Lopinavir/ritonavir Interferon-1beta Hydroxychloroquine	Therapeutic indications

	Période d'activité	Institution/entreprise	Produits	Indication thérapeutique- fins diagnostique ou thérapeutique
Investigateur (non principal)	3/2020-ongoing	COV-AID study	Anakinra/ Tocilizimab/ Situximab	Therapeutic indications

J'ai un intérêt financier dans une institution/entreprise effectuant des opérations en ce qui concerne des médicaments ou des produits de santé de:	NON	OUI	Institution/entreprise
• plus de 50.000 euros ou équivalent (Fonds d'investissement non compris)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• moins de 50.000 euros ou équivalent (Fonds d'investissement non compris)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	NON	OUI	Institution/entreprise et nom du produit
Je suis détenteur d'un brevet sur un produit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'institution/entreprise qui m'emploie perçoit une subvention ou un autre financement d'une institution/entreprise effectuant des opérations en ce qui concerne des médicaments ou des produits de santé (Je ne perçois pas de gains personnels) ¹	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¹ À l'exception de toutes les rémunérations payées par l'institution/entreprise pour des prestations fournies.

SIGNATURE: 

DATE: