**lettre d'intention**

**en vue de la soumission d’un projet**

**dans le cadre** de **l’appel à projets Recherche Paramédicale (RPM)**

A retourner au plus tard le **15 Mars 2019** à l’adresse électronique suivante :

***contact@chu-hugo.fr***

**DRCI : ❑ ANGERS ❑ ICO**

 **❑ BREST****❑ TOURS**

 **❑ NANTES ❑ RENNES**

1. **Porteur et équipe(s) associée(s) :**

|  |
| --- |
| **Porteur coordonnateur du projet (joindre CV)** |
| Établissement du porteur | Nom :Adresse : |
| **Structure responsable de la gestion de projet** *(promoteur ou gestionnaire si différent du porteur)* | Nom :Adresse : |
| Nom/prénom du porteur du projet |  |
| Profession (*préciser le domaine paramédical)* |  |
| Service |  |
| Coordonnées | Téléphone : Email :  |

|  |
| --- |
| **Co-responsable scientifique ou médical (si applicable)** |
| Nom/prénom du responsable scientifique/médical |  |
| Service |  |
| Coordonnées de l’établissement | Nom :Adresse :Téléphone :Email :  |

|  |
| --- |
| **Méthodologiste (joindre engagement)** |
| Nom/prénom du méthodologiste |  |
| Service/unité |  |
| Coordonnées | Téléphone : Email :  |

|  |
| --- |
| **Centres associés et autres professionnels de santé associés s’il y a lieu** |
| Nom/prénom des Co-Investigateurs | Fonction | Service | Établissement (préciser nom de CHU, CHR, …) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Structures supports et unités associées** |
| Implication d’une structure support à la recherche | [ ]  OUI[ ]  NON | Si OUI, précisez :CIC [ ] URC [ ]  CRB [ ] Autres, précisez :  |
| Implication d’une unité de recherche | [ ]  OUI[ ]  NON | Si OUI, précisez : (Inserm, CNRS, CEA, INRA…) : |

1. **Le projet :**

|  |
| --- |
| **Titre du Projet :****Acronyme :****Durée du projet\*:       mois***\*argumenter si > 2 ans* |

|  |
| --- |
| **Résumé** |
| **Rationnel (contexte scientifique, hypothèses, intérêt)***[max. 300 mots]* |       |
| **Originalité et Caractère Innovant** *[max. 150 mots]* |       |
| **Champs de recherche** | [ ]  prévention[ ]  organisation des soins [ ]  amélioration continue des pratiques[ ]  éducation thérapeutique[ ]  qualité de vie des patients[ ]  autre, préciser :       |
| **Objectif Principal***[Préciser, max. 50 mots]* |  |
| **Objectifs Secondaires***[Préciser, max. 150 mots]* |  |
| **Critère d'évaluation principal****(en lien avec l’objectif principal)** |  |
| **Critères d'évaluation secondaires (en lien avec les objectifs secondaires)** |  |
| **Population d’étude si applicable** | Principaux critères d’inclusion : Principaux critères de non inclusion*:* [ ]  NA |
| **Plan expérimental et choix méthodologique***[préciser max. 300 mots]* | Nombre de sujets nécessaires :  Préciser (*déroulement, calendrier du projet, choix méthodologique, plan statistique):*  |
| **Résultats attendus** *(impact attendu au plan scientifique, clinique*) **et bénéfices attendus pour le patient/ sujet***[Préciser max. 150 mots]* |  |
| **Autres éléments garantissant la faisabilité du projet***[Préciser max. 50 mots]* |  |
| **Références bibliographiques justifiant l’intérêt du projet** (5 références maximum) | **-****-****-****-****-** |
| **Première soumission de ce projet à un appel à projets (AAP)** | [ ]  OUI [ ]  NONSi "NON", préciser le type AAP et l'année de soumission antérieure:Si "NON", précisez :- Commentaires des experts :      - Réponses correspondantes :       |

1. **Niveau approximatif de financement demandé :**

|  |  |
| --- | --- |
| Budget estimé approximatif *(en €)[[1]](#footnote-1)* |  |
| Projet déjà financé par un autre appel à projet (AAP) | [ ]  OUI[ ]  NON | Si oui, précisez :- type et année de l’AAP : - montant du financement obtenu : |
| Co-financement nécessaire à la faisabilité du projet[[2]](#footnote-2) | [ ]  OUI[ ]  NON | Si oui, précisez- le(s) financeur(s) : - le montant :[ ]  acquis ou [ ]  en cours d’obtention |

**4- Mots-clés :**

|  |
| --- |
| **Mots clés****trois mots clés pour la recherche d’experts** |
| Domaine de l’expert suggéré | Thématique principale | Thématique secondaire |
|  |  |  |

Les experts seront désignés dans d’autres interrégions partenaires. Afin de limiter tout conflit d’intérêt potentiel, nous autorisons les porteurs de projet à donner une liste d’experts récusés ci-dessous pour l’évaluation.

|  |
| --- |
| **Experts récusés** |
| **Nom / Prénom** | **Service / Discipline** | **Établissement** | **Motif** |
|  |  |  |  |

1. *Ne renseigner à ce stade qu’un montant approximatif, une annexe complète justifiant et décrivant de manière précise et détaillée les différents postes de dépenses sera demandé au dépôt du projet complet.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Un co-financement est autorisé mais doit être inférieur à la demande RPM et faire l’objet d’une attestation signée au moment du dépôt de projet complet* [↑](#footnote-ref-2)