

**Appel à projets 2020**

**Recherche ophtalmologique**

**et ophtalmo-pédiatrique**

**LETTRE D’INTENTION**

**Formulaire de présélection**

**FONDATION VISIO** pour l’aide aux enfants et aux adultes déficients visuels

**RECHERCHE CLINIQUE - Lettre d'intention (max : 5 pages)**

Votre demande doit être reçue **au plus tard le *mercredi 8 juillet 2020 à 14h00***

**en version électronique** à : [**appelprojetoph2020@fondation-visio.fr**](mailto:appelprojetoph2020@fondation-visio.fr)

*(À complèter*) **Recherches antérieures et résultats préliminaires de l’équipe dans la thématique présentée et publications de l’équipe afférentes au sujet**

1. **Fondation VISIO pour l’aide aux enfants et aux adultes déficients visuels**, Fondation reconnue d’utilité publique par décret du 04.01.2011 - Siège social : 1 rue des Brunelleries, 49080 BOUCHEMAINE – Tél. 02.41.68.15.18 – [contact@fondation-visio.fr](mailto:contact@fondation-visio.fr)

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre complet de l’étude** |  |
| **Promoteur** |  |
| **Investigateur coordinateur** |  |
| **Autres investigateurs** |  |
| **Médicament, Dispositif Médical étudié ou autre produit (sang, organe)** |  |
| **Intérêt de la recherche – Originalité** |  |
| **Résultats des travaux préliminaires** |  |
| **Objectifs de la recherche** | * **Objectif principal :** * **Objectifs secondaires :** |
| **Critères de jugement** | * **CritÈre de jugement principal** * **CritÈres de jugement secondaires** |
| **Schéma d’étude** | Prospectif, rétrospectif, comparatif, randomisation, sur collection |
| **Lieu de la recherche** |  |
| **Collection d’échantillons biologiques (si applicable)** | Intitulé de la collection(s) d’échantillons biologiques :  Responsable scientifique de la Collection existante :  Origine de la collection existante :  issue du soin ou diagnostic  issue d’un projet de recherche biomédicale antérieur  Précisez lequel :       (année, son titre cours) |
| **Sélection des sujets ou des échantillons** | * **CritÈres d’inclusion** * **CritÈres d’exclusion**   - |
| **Calendrier prévisionnel** | - date de début :  - durée de la période d'inclusion : - durée totale de l'étude (inclusion + suivi éventuel)  - durée totale de participation pour un sujet :  - période d’exclusion pour le sujet :  *Sinon, indiquer si le patient peut participer simultanément à une autre recherche, la période d’exclusion correspond à la période durant laquelle le patient ne peut participer à une autre recherche*  - date de fin des analyses statistiques :  - date de soumission publication : |
| **Analyse statistique** | * **nombre de sujets nÉcessaires :** * **Tests statistiques :** * **Auteur de l’analyse :** |
| **Résultats attendus** |  |

**BUDGET - PRÉVISIONNEL**

**Les candidats doivent expliquer la durée prévisionnelle de l’utilisation de l’aide financière. Un cofinancement est possible, uniquement en fournissant la fiche financière de l’aide complémentaire déjà retenue (document officiel).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de dépenses** | | | | | **Détail de la prestation / du poste** | **Financement sollicité auprès de la Fondation VISIO** | **Budget total** |
| **Personnel** | Médical | | | |  |  |  |
| Non médical | | | |  |  |  |
| Frais de mission | | | |  |  |  |
| Autre(s) : | | | |  |  |  |
| ***Sous Total (1)*** | | | | | |  |  |
| **Surcoût hospitalier** | Médicaments | | | |  |  |  |
| Cotation d’acte  - biologie :  - imagerie : | | | |  |  |  |
| Autre(s) : | | | |  |  |  |
| ***Sous Total (2)*** | | | | | |  |  |
| **Dépense de fonctionnement** | Réactifs | | | |  |  |  |
| Frais postaux | | | |  |  |  |
| Cahier d’observation | | | |  |  |  |
| Remboursement transport | | | |  |  |  |
| Indemnités témoins | | | |  |  |  |
| Informatique | | | |  |  |  |
| Assurances | | | |  |  |  |
| Aide au montage du dossier | | | |  |  |  |
| Frais de publication | | | |  |  |  |
| Autre(s) | | | |  |  |  |
| ***Sous Total (3)*** | | | | | |  |  |
| **Investissement Matériel** | Dispositifs médicaux | | | |  |  |  |
|  | Autre(s) | | | |  |  |  |
| ***Sous Total (4)*** | | | | | |  |  |
| **Collaboration sous-traitant** |  | | Détailler la participation | | | | |
| ***Sous Total (5)*** | | | | | |  |  |
| **TOTAL GENERAL Fondation VISIO**  **(1) + (2) + (3) + (4) +(5)** | |  | |  | | | |
| **TOTAL GENERAL** | |  | |  | | | |

**Signature de l’Investigateur Principal du projet :**

**Cachet et signature du Chef de service ou du Chef de laboratoire :**