**Dossier de candidature**

**Appel à projets GIRCI AuRA 2024**

**Thème : Recherche Paramédicale et** **Maïeutique**

**A retourner au plus tard le 10 juin 2024 -** **12h00** à votre établissement ou DRCI de rattachement.

Les établissements coordonnateurs centralisent les dossiers avant de les transmettre au GIRCI AuRA.

1. **Informations générales**

**Etablissement du porteur Paramédical/Maïeutique : …………………**

**Structure responsable (promoteur) de la gestion du projet** (obligatoire)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement :**  | **Ville :****Département :**  |

|  |
| --- |
| **Titre du projet** : **Acronyme** (obligatoire) : **Résumé scientifique du projet** (2000 caractères max. espaces compris) :  |

1. **Investigateurs, équipes associées**

|  |
| --- |
| **Investigateur Coordonnateur (joindre CV)** |
| **Coordonnées du porteur paramédical** | Nom / prénom :Téléphone : E-mail : Adresse : **Service :** **Etablissement ou GH (le cas échéant) :**  |
| **Profession** |  |
| **Coordonnées de l’investigateur coordonnateur (obligatoire si RIPH1)** | Nom / prénom :Téléphone : E-mail : Adresse : **Service :** **Etablissement ou GH (le cas échéant) :**  |
| **Profession** |  |
| **Méthodologiste(s) (joindre attestation d’engagement)** |
| **Nom et coordonnées du (ou des) méthodologiste(s) :** | Nom / prénom :Téléphone : E-mail : Adresse : **Service :** **Etablissement ou GH (le cas échéant) :** |

|  |
| --- |
| Investigateurs associés[[1]](#footnote-1) (si applicable) |
| **Nombre prévisionnel de centres d’inclusion (NC)** |  |
| Nom/prénom du co-investigateur  | Service | Établissement (CHU, CHR, CLCC…) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Structures et unités associés |
| Implication d’une structure support à la recherche  | [ ]  OUI [ ]  NON  | Si OUI, précisez  [ ]  Centre d’Investigation Clinique (CIC)**[ ]**  Centre de Recherche Clinique (CRC)**[ ]**  Pôle de Santé Publique (PSP)[ ]  Autres, précisez :  |
| Implication d’une unité de recherche | [ ]  OUI [ ]  NON  | Si OUI, précisez (INSERM, CNRS, …) : |
| Implication d’un prestataire technique ou technologique | [ ]  OUI [ ]  NON  | Si OUI, précisez : |

1. **Le projet**

**Durée du projet :**       **mois**

**Nombre de patients/ dossiers :**

**Domaine(s) de recherche :**

**Document scientifique**

*Il est demandé que ce document soit structuré et ne dépasse pas 2200 mots.* ***Un document excédant le nombre de mots autorisés ne sera pas examiné par la commission scientifique.***

***Aucune annexe ne sera acceptée.***

|  |
| --- |
| 1. **Contexte de la recherche** (environ 500 mots : *contexte, justification, hypothèses et intérêt de l’étude)* :
2. **Originalité et caractère innovant** (environ 300 mots) :
3. **Objectifs principal et secondaires** (environ 300 mots : o*bjectifs et critères de jugement)*:
4. **Justification de la faisabilité de l’étude** (environ 200 mots)
5. **Déroulement de l’étude et choix méthodologique** (environ 700 mots : *population concernée, description des phases du projet, taille d’échantillon, schéma de l’étude)*:
6. **Retombées attendues** (environ 200 mots : i*mpact attendu sur la prise en charge du patient)* :
7. **Références bibliographiques** (maximum 5 références) :
 |

|  |
| --- |
| Mots clés**Merci de préciser trois mots clés (thématique principale…)** |
|  |  |  |

1. **Financement**

Sont autorisés les **frais liés à l’investigation** *(personnels médicaux, non médicaux, titulaires ou non, dépenses médicales en petit matériels, hôtelières et générales, les frais de promotion : arc moniteur, assurance, vigilance, sont également à budgéter.)*

|  |  |
| --- | --- |
| Coût global du projet (en €) : |  |
| Soutien(s) hors GIRCI AURA | OUI [ ]  NON [ ]  | Si oui, précisez : |
| Financement obtenu  | OUI [ ]  NON [ ]  | Si oui, précisez : |
| Montant demandé à l’appel à projets GIRCI AURA**Dans la limite de 50 000 €** | Montant :  |

1. **RIB**

|  |
| --- |
| **Titulaire :** …**Domiciliation :** … |
| **CODE BANQUE**… | **CODE GUICHET**… | **N° COMPTE**… | **CLE RIB**… |
| **IBAN :** …**Identifiant Swift de la BDF (BIC) :** … |

1. **Visas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et Visa du cadre du service** | **Nom et Visa du Directeur des soins du groupement** | **Nom et Visa du Directeur Central des soins (si différent)** |
|  |  |  |

1. *Exclusivement dans l’inter région Auvergne Rhônes-Alpes* [↑](#footnote-ref-1)