



## RÉSUMÉ DU PROJET DE RECHERCHE

INVESTIGATEUR COORDONNATEUR : .....

Téléphone : .....

Télécopie : .....

Courriel : .....

Adresse : .....

ÉTABLISSEMENT PROMOTEUR : .....

PÔLE D'ACTIVITÉ OU SERVICE : .....

|  |
|--|
| <b>Responsable de pôle ou chef de service<br/>(si différent de l'investigateur principal)<br/>Visa pour aval</b> |
| Empty space for signature/visa   |

| INVESTIGATEURS ASSOCIÉS | PÔLES D'ACTIVITÉ OU SERVICES | ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------|
|                         |                              |                         |
|                         |                              |                         |
|                         |                              |                         |
|                         |                              |                         |
|                         |                              |                         |

Nom du (ou des) METHODOLOGISTE(S) de l'étude: .....

Implication d'une structure de recherche clinique :     OUI     NON

Si OUI (préciser lesquels):     CIC-P     CIC-EC     CIC-BT     CIC-IT     CTRS / RTRS

Unité de recherche clinique     Autres : .....

# PHRC INTERRÉGIONAL 2012

**TITRE du projet de recherche :**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Durée du projet en mois :** .....

**Montant total demandé sur 4 ans arrondi au millier d'€ :** .....  
(détailler la demande dans le fichier excel en pièce jointe au PDF)

**Mots Clés :**

| <b>Discipline médicale (*)</b> | <b>Maladie concernée</b> |
|--------------------------------|--------------------------|
|                                |                          |

**PROJET MULTIDISCIPLINAIRE :**     OUI     NON

**Si OUI, disciplines concernées :**

- .....
- .....
- .....

**RÉSUMÉ (UNE PAGE)**

**Titre :** .....

Justification/Contexte - Objectif principal - Objectifs secondaires - Critères de jugement principal - Critères de jugement secondaire - Méthodologie - Critères d'inclusion et de non inclusion des sujets - Traitement/Stratégie/Procédures - Nombre de patients - Durée de la recherche - Retombées attendues :

# PHRC INTERRÉGIONAL 2012

Recherche biomédicale au sens de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique :  OUI  NON

Si OUI :

Identité du promoteur : .....

.....

.....

Si NON :

Recherche « non interventionnelle » mentionnée au 1° de l'article L. 1121-1 et à l'article R. 1121-2 du code de la santé publique :

OUI  NON

Recherche portant sur des « soins courants » mentionnée au 2° de l'article L. 1121-1 et à l'article R. 1121-3 du code de la santé publique

OUI  NON

Dans le cas où il s'agirait d'un projet d'essai thérapeutique portant sur des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, préciser les items suivants :

ESSAI RÉALISÉ SUR DES :

Patients

Personnes ne présentant aucune affection et se prêtant volontairement à la recherche (volontaires sains) ou personnes malades pour lesquelles l'objet de la recherche est sans rapport avec leur état pathologique

Médicamenteux :  OUI  NON

Randomisé :  OUI  NON

Phase (1, 2, 3 ou 4) :

**Le risque encouru est justifié par :**

Le bénéfice escompté pour la personne qui se prête à la recherche :

Le bénéfice escompté pour d'autres personnes :

Indemnisation en compensation des contraintes subies :  OUI  NON

Nombre de personnes dont l'inclusion est prévue dans le cadre du protocole de recherche : .....

PROJET MULTICENTRIQUE :  OUI  NON

Si OUI précisez les centres associés :

• CHU : .....

.....

• CLCC : .....

.....

• CH, CHS : .....

.....

• ou le cas échéant médecins libéraux correspondants : .....

.....

# PHRC INTERRÉGIONAL 2012

## CO-FINANCEMENT(S) ET PARTENARIAT(S) :

Le co-financement est conseillé en cas de partenariat avec le secteur privé.

Lorsqu'une étude est menée avec un ou plusieurs partenaire(s) académique(s) et/ou industriel(s), l'investigateur principal doit mettre en place un accord de partenariat (définissant la propriété et l'exploitation des résultats) avec l'aide de sa DRCl.

1. Le projet a-t-il été présenté à un autre financement :  OUI  NON

Si OUI :  PHRC (préciser le ou lesquels) .....

Autre(s) (préciser le montant de la demande) .....

2. Le projet a-t-il obtenu un autre financement :  OUI  NON

### Identité du ou des co-financeurs :

|   |                 |
|---|-----------------|
| 1 | Nom : .....     |
|   | Adresse : ..... |
| 2 | Nom : .....     |
|   | Adresse : ..... |
| 3 | Nom : .....     |
|   | Adresse : ..... |
| 4 | Nom : .....     |
|   | Adresse : ..... |
| 5 | Nom : .....     |
|   | Adresse : ..... |

Montant du co-financement en milliers d'Euros : .....

3. Le projet fait-il l'objet d'un partenariat :  OUI  NON

### Si OUI / nom et adresse du partenaire :

|                 |
|-----------------|
| Nom : .....     |
| Adresse : ..... |

Un accord de partenariat a-t-il été signé :  OUI  NON

### Type de partenariat (financier, mise à disposition de produits, etc) :

.....

.....

.....

.....

4. Le projet a-t-il débuté :  OUI  NON

Si OUI, quand ?

.....

**CURRICULUM VITAE (\*) ABRÉGÉ DU COORDONNATEUR DE L'ÉTUDE**

**Nom :** .....

**Fonctions :** .....

**Titres :** .....

**Établissement :** .....

**Affiliation éventuelle à un organisme de recherche :**

INSERM       CNRS

Autres (préciser) .....

**Adresse :** .....

.....

**Téléphone :** .....

**Télécopie :** .....

**Courriel :** .....

**Principales publications : (cinq références)**

• .....

• .....

• .....

• .....

• .....

**N'oubliez pas de remplir la Fiche Financière API jointe au PDF**