



PROGRAMME HOSPITALIER DE RECHERCHE CLINIQUE

■ Appel à Projet Interregional - 2012

LETTRE D'INTENTION

Date limite de dépôt : 1) octobre 2011

Investigateur principal

Nom investigateur principal:

Prénom de l'investigateur principal:

E-mail investigateur principal:

Téléphone investigateur principal:

Titre / Fonction :

DRCI de rattachement :

Service :

Etablissement :

Adresse 1 :

Adresse 2 :

Code postal :

Ville :

Titre du projet de recherche (Maximum de 20 mots)

Date de dépôt :

Collaboration

- **Nombre de centres du projet :**

Nom du co-investigateur :

Service :

Etablissement :

- **Description de la collaboration et implication des différents co-investigateurs :**

- **Méthodologiste de l'étude :**

Nom – Prénom :

Service / Structure :

Etablissement :

- **Le projet de recherche associe les structures suivantes :**

CiC-P

CiC-EC

CiC-BT

CiC-IT

Autre

Précisez :

Thématiques du projet

- **Merci d'indiquer les thématiques / disciplines médicales ou mots clés de votre projet (cette information servira dans la désignation des experts) :**

Thématique PRINCIPALE :

Thématique SECONDAIRE :

Maladie concernée :

Durée du projet

Nombre de mois :

Financement du projet

Montant total demandé à l'API en milliers d'Euros :

- **Merci de préciser les autres sources de financements attendus pour ce projet :**

Source de financement (Co-financeurs)	Accord obtenu		Montant
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	€
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	€
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	€
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	€
	TOTAL		0,00€

Typologie de votre projet de recherche (contacter votre DRCI en cas de doute)

Interventionnelle (1 seul choix possible)	
Soins courants	<input type="checkbox"/>
Recherche biomédicale	<input type="checkbox"/>
Non produits de santé	<input type="checkbox"/>
Produits de santé	<input type="checkbox"/>
Médicaments	<input type="checkbox"/>
Dispositif Médical	<input type="checkbox"/>
Produit de thérapie cellulaire ou génique	<input type="checkbox"/>
Recherche sur un organe	<input type="checkbox"/>

Non Interventionnelle (1 seul choix possible)	
Collections biologiques	<input type="checkbox"/>
Sur l'être humain Observationnelle	<input type="checkbox"/>
Sur les données	<input type="checkbox"/>

- Si essai thérapeutique, indiquer la phase (1, 2, 3, 4) :

Description du projet

- **Merci de préciser les éléments concernant : la justification du projet - les objectifs de l'étude - le schéma d'étude - les critères de jugement - les considérations statistiques et enfin, les résultats attendus (impacts scientifiques et médicaux)**