

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE L'ÉCONOMIE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Liste de vérification

La liste de vérification vous permettra de vous assurer que toutes les composantes requises dans ce formulaire d'inscription ont été dûment remplies :

- C.V. du responsable d'équipe, C.V. du co-responsable d'équipe et C.V. des cinq premiers membres d'équipe (pour un maximum de 7 C.V. s'il y a un co-responsable, ou de 6 C.V. s'il n'y en a pas).** *Les C.V. ne doivent pas dépasser cinq pages et doivent inclure des réalisations pertinentes dans le domaine de la sécurité des patients au cours des cinq dernières années. Si un C.V. dépasse cinq pages, seules les cinq premières pages seront transmises au comité d'examen.*
- Coordonnées et signatures originales.** *(En l'absence de signatures originales, la proposition ne sera pas retenue) :*
 - Responsable d'équipe.** *La personne qui sera le dirigeant principal¹ du projet.*
 - Dirigeant.** *Le dirigeant est défini comme étant le chef de l'organisme auquel est affilié le responsable d'équipe, tel le PDG de l'hôpital ou de la régie de santé, ou le doyen de la faculté. Cette personne doit être autorisée à lier l'organisme par un contrat juridiquement valable. Les membres d'équipe ne peuvent pas agir à titre de dirigeant.*
 - Responsable financier.** *C'est la personne qui sera responsable de l'administration des fonds du projet, si celui-ci est recommandé. Le responsable financier doit tenir les dossiers financiers et fournir à l'ICSP les états financiers annuels et les états financiers définitifs requis. Les membres d'équipe ne peuvent pas agir à titre de responsable financier.*
- Sections du formulaire devant être dûment remplies.** *(titre descriptif abrégé, objectifs, méthodes et approches, avantage possible pour le système de soins de santé et facilité d'application, produits livrables, plan de diffusion et de transfert des connaissances, calendriers).*
- Lettres originales signées :**
 - Organisme co-parrain.** *L'organisme co-parrain doit fournir une lettre confirmant le montant du co-parrainage si le projet en question a pu retenir un financement supplémentaire.*
 - Révision déontologique.** *La lettre confirmant l'approbation déontologique. Cette lettre sera requise avant le versement des fonds de l'ICSP. Si l'approbation déontologique n'est pas obtenue avant la soumission, veuillez indiquer le nom de l'organisme de révision déontologique et la date de révision proposée.*
- Les candidats doivent soumettre la copie originale de la proposition dûment remplie, plus trois copies papier de celle-ci. Les copies doivent être imprimées sur un seul côté de la feuille et agrafées uniquement dans le coin supérieur gauche. Toute la documentation requise doit être jointe à chaque copie de la proposition. L'ICSP ne reproduira pas de documents pour le compte**

¹ Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE L'ÉCONOMIE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

du candidat. Les propositions soumises par télécopieur ne seront pas acceptées.

- De plus, les candidats doivent soumettre une version électronique du formulaire rempli en format MS Word (excluant les pièces jointes) à rfa@cpsi-icsp.ca.

SEULES les pièces jointes suivantes seront admissibles :

- Les C.V. des membres d'équipe;
- La lettre d'appui de l'organisme co-parrain confirmant le financement supplémentaire
- La lettre confirmant l'approbation déontologique s'il y a lieu (ou veuillez indiquer la date d'évaluation proposée)

Tous les autres renseignements pertinents doivent être inclus dans le formulaire d'inscription. Toute autre documentation qui sera jointe à la proposition NE sera PAS soumise au comité d'examen.

Tous les documents doivent être reçus au bureau de l'ICSP, au plus tard le 17 novembre 2009, à 12 h HR.

Veillez envoyer par messenger les propositions remplies à l'adresse suivante :

**AD : L'Économie de la sécurité des patients
Institut canadien pour la sécurité des patients
10235 101^e rue, bureau 1414
Edmonton (Alberta) T5J 3G1**

Si vous avez des questions ou voulez obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec l'ICSP à l'adresse électronique suivante : rfa@cpsi-icsp.ca

Afin d'assurer une cohérence dans les renseignements fournis, nous ne répondrons pas aux questions par téléphone.

Veillez ne pas modifier le format de ce formulaire (c.-à-d., retirer des cases de texte, supprimer le texte ou modifier les marges ou caractères qui sont préétablis en caractères Times New Roman à 12 points). Les propositions qui ne respectent pas le format tel qu'il est présenté seront rejetées.

Veillez remplir *toutes* les sections mises en relief en « gris », à moins d'indication contraire.

Formulaire d'inscription de l'Économie de la sécurité des patients

Signatures/Acceptation des conditions

Veillez remplir toutes les sections mises en relief en « gris », à moins d'indication contraire.

Responsable d'équipe (C.V. requis)

M./Mme/D ^r /D ^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Veillez cocher la ou le(s) case(s) appropriée(s) s'il y a lieu	<input type="checkbox"/>	Décideur	
	<input type="checkbox"/>	Chercheur	
	<input type="checkbox"/>	Prestataire des soins directs	
Précisez la discipline (p.ex., soins infirmiers, pharmacie, médecin) :			
Signature originale		Date (mmm/jj/aa)	
<input type="checkbox"/> Je confirme n'avoir reçu aucun financement pour cette proposition d'un organisme autre que ceux qui sont mentionnés pour les fonds de contrepartie			

Endossement du dirigeant

c.-à-d., doyen, PDG, directeur général — une personne autorisée à lier l'organisme par une entente juridiquement valable. Les membres d'équipe ne peuvent pas agir à titre de dirigeant.

M./Mme/D ^r /D ^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Signature originale		Date (mmm/jj/aa)	
<input type="checkbox"/> Je confirme que le responsable d'équipe a une affectation dans mon organisme.			

Responsable financier

Sera responsable de l'administration financière des fonds du projet. Cette personne doit tenir les dossiers financiers et fournir à l'ICSP les états financiers annuels et les états définitifs requis. Les membres d'équipe ne peuvent pas agir à titre de responsable financier.

M./Mme/D ^r /D ^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Signature originale		Date (mmm/jj/aa)	

Équipe du candidat

L'équipe du candidat doit inclure un décideur et un chercheur.

Un C.V. de cinq pages doit être fourni par le responsable d'équipe, par le co-responsable d'équipe et par les cinq premiers membres d'équipe. Le nombre maximal de CV est de sept – ce nombre est réduit à six s'il n'y a pas de co-responsable.

Co-responsable d'équipe (s'il y a lieu; C.V. requis)

M./Mme/D ^r /D ^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Veuillez cocher la ou le(s) case(s) appropriée(s) s'il y a lieu		<input type="checkbox"/>	Décideur
		<input type="checkbox"/>	Chercheur
		<input type="checkbox"/>	Prestataire des soins directs
Précisez la discipline (p.ex., soins infirmiers, pharmacie, médecin) :			

1^{er} membre d'équipe (C.V. requis)

M./Mme/D ^r /D ^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Veuillez cocher la ou le(s) case(s) appropriée(s) s'il y a lieu		<input type="checkbox"/>	Décideur
		<input type="checkbox"/>	Chercheur
		<input type="checkbox"/>	Prestataire des soins directs
Précisez la discipline (p.ex., soins infirmiers, pharmacie, médecin) :			

2^e membre d'équipe (C.V. requis)

M./Mme/D ^r /D ^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Veuillez cocher la ou le(s) case(s) appropriée(s) s'il y a lieu		<input type="checkbox"/>	Décideur
		<input type="checkbox"/>	Chercheur
		<input type="checkbox"/>	Prestataire des soins directs
Précisez la discipline (p.ex., soins infirmiers, pharmacie, médecin) :			

Équipe du candidat

L'équipe du candidat doit inclure un décideur et un chercheur.

Un C.V. de cinq pages doit être fourni par le responsable d'équipe, par le co-responsable d'équipe et par les cinq premiers membres d'équipe. Le nombre maximal de CV est de sept – ce nombre est réduit à six s'il n'y a pas de co-responsable.

3^e membre d'équipe (C.V. requis)

M./Mme/D^r/D^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	Code postal
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Veillez cocher la ou le(s) case(s) appropriée(s) s'il y a lieu	<input type="checkbox"/>	Décideur	
	<input type="checkbox"/>	Chercheur	
	<input type="checkbox"/>	Prestataire des soins directs	
Précisez la discipline (p.ex., soins infirmiers, pharmacie, médecin) :			

4^e membre d'équipe (C.V. requis)

M./Mme/D^r/D^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	Code postal
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Veillez cocher la ou le(s) case(s) appropriée(s) s'il y a lieu	<input type="checkbox"/>	Décideur	
	<input type="checkbox"/>	Chercheur	
	<input type="checkbox"/>	Prestataire des soins directs	
Précisez la discipline (p.ex., soins infirmiers, pharmacie, médecin) :			

5^e membre d'équipe (C.V. requis)

M./Mme/D^r/D^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	Code postal
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Veillez cocher la ou le(s) case(s) appropriée(s) s'il y a lieu	<input type="checkbox"/>	Décideur	
	<input type="checkbox"/>	Chercheur	
	<input type="checkbox"/>	Prestataire des soins directs	
Précisez la discipline (p.ex., soins infirmiers, pharmacie, médecin) :			

Équipe du candidat

L'équipe du candidat doit inclure un décideur et un chercheur.

Un C.V. de cinq pages doit être fourni par le responsable d'équipe, par le co-responsable d'équipe et par les cinq premiers membres d'équipe. Le nombre maximal de CV est de sept – ce nombre est réduit à six s'il n'y a pas de co-responsable.

6^e membre d'équipe (C.V. non requis pour tous les autres membres d'équipe)

M./Mme/D ^r /D ^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Veuillez cocher la ou le(s) case(s) appropriée(s) s'il y a lieu		<input type="checkbox"/>	Décideur
		<input type="checkbox"/>	Chercheur
		<input type="checkbox"/>	Prestataire des soins directs
Précisez la discipline (p.ex., soins infirmiers, pharmacie, médecin) :			

7^e membre d'équipe (C.V. non requis pour tous les autres membres d'équipe)

M./Mme/D ^r /D ^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Veuillez cocher la ou le(s) case(s) appropriée(s) s'il y a lieu		<input type="checkbox"/>	Décideur
		<input type="checkbox"/>	Chercheur
		<input type="checkbox"/>	Prestataire des soins directs
Précisez la discipline (p.ex., soins infirmiers, pharmacie, médecin) :			

8^e membre d'équipe (C.V. non requis pour tous les autres membres d'équipe)

M./Mme/D ^r /D ^{re}		Nom	
Titre/Service			
Organisme			
Adresse postale			
Ville		Province	
Téléphone	(xxx) xxx-xxxx ext. xxxx	Télécopieur	(xxx) xxx-xxxx
Adresse électronique			
Veuillez cocher la ou le(s) case(s) appropriée(s) s'il y a lieu		<input type="checkbox"/>	Décideur
		<input type="checkbox"/>	Chercheur
		<input type="checkbox"/>	Prestataire des soins directs
Précisez la discipline (p.ex., soins infirmiers, pharmacie, médecin) :			

En cas de candidats conjoints additionnels, veuillez fournir leurs coordonnées sur une page séparée.

Description de l'équipe du candidat

Veillez fournir une brève description (deux pages maximum) des rôles clés, de l'engagement en temps et des contributions prévues au projet, ainsi que de l'expérience et des qualifications pertinentes des membres d'équipe.

Description de l'équipe du candidat (Page un)

--

CONCOURS PRÉCÉDENT

Description de l'équipe du candidat

Veillez fournir une brève description (maximum deux pages) des rôles clés, de l'engagement en temps et des contributions prévues au projet, ainsi que de l'expérience et des qualifications pertinentes des membres d'équipe.

Description de l'équipe du candidat (Page deux)

Aperçu du projet

Langue de correspondance préférée <i>(veuillez cocher la case appropriée)</i>	<input type="checkbox"/>	Français
	<input type="checkbox"/>	Anglais
Si votre proposition est en français, veuillez indiquer votre préférence pour les services de traduction des sections Détails du projet et Justification du budget	<input type="checkbox"/>	Traducteur tiers de l'ICSP
	<input type="checkbox"/>	Recours à votre propre traducteur au tarif de 0,25 \$ / mot

Approbation déontologique ci-jointe	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Si non, nom de l'organisme d'évaluation déontologique proposé et date d'évaluation proposée	Organisme d'évaluation déontologique :			
	Date d'évaluation :			

S'agit-il d'un projet multi juridictionnel? <i>Cela désigne la participation de plusieurs provinces ou territoires, de plusieurs organismes de prestation de services de santé, etc.</i>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <i>(Si oui, veuillez les énumérer)</i>
S'agit-il d'un projet interdisciplinaire ? <i>Cela désigne la participation de plus qu'une discipline (c.-à-d., pharmacie, sciences infirmières, etc....)</i>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <i>(Si oui, veuillez les énumérer)</i>

Détails du projet

*Rappel : La longueur totale des sections suivantes **ne doit pas dépasser six pages** (excluant le budget proposé, la justification du budget, les références, les pièces jointes et la section sur la rétroaction). Veuillez ne pas modifier le format de ce formulaire (c.-à-d., retirer des cases de texte, supprimer le texte ou modifier les marges ou les caractères qui sont préétablis en caractères Times New Roman à 12 points). Les propositions qui ne respectent pas le format tel que présenté seront rejetées. Veuillez soumettre les renseignements pour chaque rubrique, tel qu'il est décrit ci-dessous.*

Titre descriptif abrégé

Objectifs

Les principaux objectifs ou buts du projet.

Méthodes et approches

Description des méthodes et approches qui seront utilisées pour atteindre les objectifs du projet.

Avantage possible pour le système de soins de santé et facilité d'application

Dans quelle mesure le projet produira-t-il de nouveaux renseignements qui contribueront à des améliorations importantes et durables de la sécurité des patients dans le système de santé canadien? Avec quelle facilité pourra-t-on étendre de tels changements à d'autres services de soins de santé, établissements, provinces ou territoires du Canada ?

Réalisations attendues

Les produits, résultats et rapports de projet prévus.

Plan de diffusion et de transfert des connaissances acquises

Explication détaillée de la façon dont les candidats veilleront à ce que d'autres groupes puissent utiliser les conclusions émanant du projet – leur plan doit aller au-delà de la publication dans des revues scientifiques et des exposés à des conférences scientifiques. Les candidats doivent énoncer des plans innovateurs sur le partage des techniques, rapports, modèles et autres documents entre intervenants au sein de leur territoire et en dehors de celui-ci et avec l'ICSP afin de généraliser autant que possible leur utilisation par les intervenants intéressés dans le domaine des soins de santé.

Calendrier et plan du projet

Détails du projet

*Rappel : La longueur totale des sections suivantes **ne doit pas dépasser six pages** (excluant le budget proposé, la justification du budget, les références, les pièces jointes et la section sur la rétroaction). Veuillez ne pas modifier le format de ce formulaire (c.-à-d., retirer des cases de texte, supprimer le texte ou modifier les marges ou les caractères qui sont préétablis en caractères Times New Roman à 12 points). Les propositions qui ne respectent pas le format tel que présenté seront rejetées. Veuillez soumettre les renseignements pour chaque rubrique, tel qu'il est décrit ci-dessous.*

Points de repère clés, dates précises de début et de fin du projet, y compris la phase de collecte des données. La durée maximale du projet est de 12 mois. Le projet devra commencer, au plus tard, en avril 2010 et être terminé d'ici mars 2011.

--

Budget proposé

Cette section **n'est pas** incluse dans la limite de 6 pages s'appliquant à la section sur les détails du projet.

Détails du budget demandé à l'ICSP et aux organismes co-parrains

Veuillez consulter la page suivante pour la justification du budget et les dépenses admissibles.

Le montant maximal alloué par l'ICSP, 3M et Baxter est de 120 000 \$.

Veuillez indiquer le nom de tout organisme co-parrain ainsi que le montant de leur contribution pour chaque poste budgétaire, s'il y a le projet requiert plus de fonds.

Postes budgétaires	ICSP, 3M et Baxter	Co-parrains (s'il y a lieu)	Total
Personnel	\$	\$	\$
Diffusion et transfert des connaissances	\$	\$	\$
Coût de fonctionnement	\$	\$	\$
Frais de recherche	\$	\$	\$
Voyages	\$	\$	\$
Biens d'équipement <i>(maximum 10 % du budget)</i>	\$	\$	\$
Budget Total	\$	\$	\$

Justification du budget

*Veillez fournir une justification à l'égard des éléments budgétaires exigés par l'ICSP et les coparrains afin de permettre aux examinateurs de déterminer si la proposition faite est raisonnable (maximum deux pages). Cette partie **n'est pas** incluse dans la limite de six pages appliquée à la section des détails du projet.*

Justification du budget (Page un)

--

CONCOURS PRÉCÉDENT

Justification du budget

*Veillez fournir une justification à l'égard des éléments budgétaires exigés par l'ICSP et les coparrains afin de permettre aux examinateurs de déterminer si la proposition faite est raisonnable (maximum deux pages). Cette partie **n'est pas** incluse dans la limite de six pages appliquée à la section des détails du projet.*

Justification du budget (Page deux)

--

CONCOURS PRÉCÉDENT

Références

Veillez utiliser cette partie pour fournir vos références (maximum deux pages). Cette partie n'est pas incluse dans la limite de six pages appliquée à la section des détails du projet.

Références (Page un)

CONCOURS PRÉCÉDENT

Références

Veillez utiliser cette partie pour fournir vos références (maximum deux pages). Cette partie n'est pas incluse dans la limite de six pages appliquée à la section des détails du projet.

Références (Page deux)

--

CONCOURS PRÉCÉDENT

Dépenses admissibles

Le financement de l'ICSP peut servir à couvrir les types de dépenses suivants :

Personnel

- *Les fonds pour couvrir les coûts liés à la participation du personnel au projet (par exemple, assistants de recherche, coordonnateurs, etc.).*
- *Personnel et conseillers contractuels.*

Diffusion et transfert de connaissances

- *Définition claire des activités de transfert du savoir allant au-delà de la publication dans des revues soumises à un examen par les pairs et des présentations à des réunions scientifiques.*
- *Déplacements destinés à la présentation des résultats à des conférences, réunions, colloques.*
- *Impression, développement du site Web.*

Coûts de fonctionnement

- *Communications (p. ex., téléconférences, vidéoconférences)*
- *Fournitures de bureau*

Frais de recherche directs (p. ex., extraction d'articles, frais de recherche dans les bases de données, accès à des bases de données administratives)

Biens d'équipement (valeur maximale de 25 % du projet)

- *Logiciels, autorisations*
- *Matériel informatique, dispositifs*
- *Autres (à l'exception de certains articles, notamment les fournitures)*

Déplacements (les lignes directrices du Conseil du Trésor du gouvernement du Canada doivent être suivies)

- *Déplacements liés au projet*

Dépenses non admissibles

- *Aucun montant ne sera accordé pour l'administration de la recherche ou les frais généraux de la recherche dans les organismes détenteurs ou bénéficiaires de la subvention.*
- *Aucun montant ne sera accordé pour couvrir les frais indirects de la recherche (p. ex. le loyer).*
- *Aucun montant ne sera accordé pour la prestation des services (c.-à-d. les services normalement assurés dans le processus de soins).*
- *Les congés pour activités professionnelles et le soutien aux salaires des membres du corps professoral dans une institution d'enseignement postsecondaire, comme une université, un collège, un institut technique ou toute autre institution d'enseignement qui forme des membres présents ou futurs du personnel soignant.*

Dépenses admissibles

- *Les chercheurs qui sont lauréats de prix professionnels et les cliniciens rémunérés à l'acte.*
- *Les congés pour activités professionnelles et le soutien aux salaires des membres d'équipe dont la description de tâches en vigueur inclut la conduite de recherches ou la participation à des recherches.*
- *Les congés pour activités professionnelles des décideurs afin de permettre leur participation au sein de l'équipe sauf s'ils seront remplacés dans leurs rôles actuels pendant leur participation au projet de l'équipe.*

Rétroaction (facultatif)

Cette section vise à permettre aux candidats de présenter de la rétroaction à l'ICSP sur la façon d'améliorer le processus d'inscription pour les futurs concours de recherche. Les commentaires fournis ne porteront pas préjudice aux candidats pendant le processus d'examen.

CONCOURS PRÉCÉDENT