Date de la demande Type du projet

Haut du formulaire

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pilote  Méthodologique Recherche Clinique  Multicentrique |

Bas du formulaire

Titre Acronyme

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

Investigateur principal

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom Nom :** | |
| **Fonction, Service :** | |
| **Email :** | **Téléphone :** |

Investigateurs associés

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom Nom :** totot | |
| **Fonction, Service :** | |
| **Email :** | **Téléphone :** |
| **Prénom Nom :** | |
| **Fonction, Service :** | |
| **Email :** | **Téléphone :** |

Coordonnateur [[1]](#endnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom Nom :** | |
| **Fonction, Service :** | |
| **Email :** | **Téléphone :** |

Promoteur [[2]](#endnote-2)

|  |
| --- |
| **Libellé :** |

CRO

|  |
| --- |
| **Libellé :**  **Centre de relecture des images**: |

Organisme partenaire gestionnaire *(sera renseigné par le comité de direction)*

|  |
| --- |
| **Libellé :**  **Coordonnées du (des) correspondant(s) :** |

Attache de Recherche Clinique

|  |  |
| --- | --- |
| **Prénom Nom :** | |
| **Fonction, Service :** | |
| **Email :** | **Téléphone :** |

Radiologue supervisant la realisation des examens

|  |
| --- |
| **Nom :** |

Correspondants scientifique et technique Neurinfo *(seront désignés par le comité de direction)*

|  |
| --- |
| **Noms :** |

Cpp *(Merci de fournir la note d’information et le formulaire de consentement.)*

|  |
| --- |
| A soumettre  Soumis  Accepté, date et numéro : |

Resume

|  |
| --- |
| **Contexte** *(motivations, état de l’art)* |
|  |
| **Objectif** *(question scientifique, médicale et/ou méthodologique)* |
|  |
| **Expérimentation** *(brève description, population, protocole d’imagerie)* |
|  |
| **Traitement des données** *(méthodologie, logiciels, tests statistiques, …)* |
|  |
| **Résultats attendus** |
|  |
| **Publications envisagées** |
|  |
| **Mots-clés :** |

Protocole d’études a realiser sur la plateforme

|  |  |
| --- | --- |
| **Type et nombre de sujets prévus :**  **Témoins :** 0 **Patients :** 0 **Fantôme (type) :** 0 | |
| **Responsable du recrutement :** | |
| **Nombre d’examens :** … /sujet \* … = … | |
| **Durée de chaque examen :** | **Durée totale :** |
| **Protocole injecté :**  **oui**  **non** | |
| **Programmation / Cotation***(sera renseigné par Neurinfo)*  Intitulé Xplore / Neurinfo :  Cotation : | |

Planification

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de mise en place :** | **Date de fin des inclusions prévue :** |
| **Date de démarrage prévue :** | **Durée d’étude prévue :** |
| **Contraintes d’horaires ou de dates :** | |

Besoins spécifiques/Ressources

|  |
| --- |
| **Ressources humaines, logicielles et matérielles (externes et/ou plateforme)** |
|  |
| **Avez-vous besoin d’aide à l’exploitation des données, d’un support méthodologique, … ?** |
|  |
| **Neurinfo propose un service de gestion et d’archivage des données . En avez-vous l’utilité ? Quel mode de sauvegarde des données envisagez-vous ?** |
|  |

Plateforme Neurinfo

|  |
| --- |
| **Adéquation aux objectifs de la plateforme** (*recherche translationnelle et méthodologique sur les données, leurs traitements et les capteurs, recherche sur les organes et les pathologies, caractère structurant pour la platforme, animation scientifique et technologique, caractère innovant du projet, …*) |
|  |
| **Nature de la contribution de la plateforme** *(quel affichage de la plateforme projetez-vous dans vos publications/communications ? mention de la plteforme pour l’acquisition des données, remerciements, co-authorship)* |
|  |
| **Capacité d’autofinancement** *(oui, non, lequel, comment et à quelle hauteur sont financées les IRMs de l’étude…)* |
|  |

Plan de dissémination

|  |
| --- |
| **Mode de diffusion envisagé des méthodes et des résultats** *(quelles restrictions imposez-vous ?)* |
|  |
| **Mode de mise à disposition des données envisagé** *(exlcusivité, accès partagé, sujets témoins/patients)* |
|  |

Coût estimé *(sera renseigné par Neurinfo)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tarif** |  | **Financement** | |
| Par examen ………………………………………….. | € | **Origine** | **Montant** |
|  |  | Promoteur | € |
| **Libellés et montants** |  | Neurinfo | € |
| Campagne d’expérimentation <*nb d’examensx tarif*> : … | € | Autre : | € |
| Indemnisation des témoins : …………………………. | € |
| Gestion et archivage des données : …………………... | € |
| Ressources humaines spécifiques : …………………... | € |
| **Total** | **€** | **Total** | **€** |

|  |
| --- |
| **Fait par** *Nom, date et signature* |

Avis du comité de direction

|  |
| --- |
| **Date :** |
|  |

|  |
| --- |
| *Date :*  *Responsable :*  *Nom et qualité :*  *Signature :* |

**Rappel des critères de sélection**

* Qualité scientifique du projet
* Facteur de risque et potentiel du projet scientifique
* Niveau structurant du projet et potentiel de capitalisation pour la plateforme Neurinfo
* Adéquation aux objectifs de la plateforme
* Capacité d’autofinancement
* Plan de dissémination

1. Le coordonnateur est soit une personne (parmi les investigateurs ou non), soit une entreprise privée d’essais cliniques (CRO) qui coordonne l’étude. Dans le cas d’une CRO, merci d’indiquer le nom d’un contact. [↑](#endnote-ref-1)
2. Le promoteur est la personne physique ou morale qui prend l’initiative du projet, assure sa gestion et prévoit son financement. [↑](#endnote-ref-2)