|  |
| --- |
|  |

# dossier de réponse à l’appel à projets proposé par la Filière de Santé des Maladies Auto-Immunes et Auto-Inflammatoires Rares (FAI²R)



La version électronique ou PDF de ce dossier dûment complété doit être adressée par mail à Madame Charlotte LEJEUNE, chargée de mission pour la filière FAI²R : [charlotte.lejeune@chru-lille.fr](mailto:charlotte.lejeune@chru-lille.fr), au plus tard le **vendredi 31 mars 2017** **à minuit**. Un email de confirmation vous sera adressé après réception du dossier.

▶ Le résultat de cet appel d’offre est prévu pour le 15 mai 2017

Cet appel d’offre concerne :

- **La création d’outils d’éducation thérapeutique du patient** avec une perspective d’utilisation au sein de la filière FAI²R ;

- **L’impression et la diffusion de documents d’informations pour les patients** de la Filière FAI²R avec une perspective nationale ;

- **L’aide à l’organisation d’une réunion thématique s**ur une pathologie ou une problématique propre à la filière avec une dimension nationale ;

- **ou un projet de recherche clinique** visant à mobiliser les membres de la Filière FAI²R.

*La transversalité enfant-adulte est souhaitable mais non obligatoire.*

Les 5 projets retenus pourront se voir attribuer un **financement maximal de 10 000 euros HT**. Ce financement ne pourra se faire que sur paiement de facture. Ce financement ne pourra pas servir au financement de personnel.

Ce dossier comprend 3 parties :

**1.** Partie administrative

**2.** Partie scientifique

**3.** Partie financière

## Dossier administratif

### Identification du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |
| **Objectif principal du projet** |  |
| **Durée du projet en mois (12 mois maximum)** |  |
| **Coût total du projet TTC** |  |
| **Budget demandé à la filière FAI²R (maximum 10 000 HT)** |  |

### Porteur de projet

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Email** |  |
| ❑ **Service**  ❑ **Unité de recherche**  ❑ **Association** |  |
| **Adresse de correspondance** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Discipline médicale (si applicable)** |  |

### Partenaires (si projet collaboratif)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liste des partenaires** | | | |
| **N°** | **NOM Prénom  (du responsable du projet)** | **Email** | ❑ **Service**  ❑ **Unité de recherche**  ❑ **Association** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Dossier scientifique

Description du projet : 1500 mots maximum au total

|  |
| --- |
| **Contexte** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectif principal (et objectifs secondaires, si applicable)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Méthodes :**  **Détaillez les principaux éléments méthodologiques** |
|  |

|  |
| --- |
| **Résultats espérés et perspectives** |
|  |

|  |
| --- |
| **Bibliographie (20 références maximum pour les projets de recherche)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Calendrier prévisionnel et étapes clés**  **(durée de 12 mois maximum) (½ page maximum)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Indicateurs de suivi et d’évaluation** |
|  |

## Dossier financier

### Budget de fonctionnement (petit matériel, impression, réactifs de laboratoire…)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de prestation** | **Coût HT/TTC** | **Prestataire** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total € HT/TTC demandé :** |  | |