# dossier de réponse à l’appel

# à projets 2019 FAI²R

# Proposé par la Filière de Santé des Maladies

# Auto-Immunes et Auto-Inflammatoires Rares

# 



La version électronique ou PDF de ce dossier dûment complétée doit être adressée par mail à Madame Virginie LUCAS, chargée de mission pour la filière FAI²R : [**virginie.lucas@chru-lille.fr**](mailto:virginie.lucas@chru-lille.fr), au plus tard le **31 mars 2019** **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 2019.**

|  |
| --- |
| 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 ;  - **Un projet de recherche clinique ou translationnelle :** Projet de recherche clinique multicentrique (hors recherche fondamentale) incluant la participation des membres de la filière FAI²R.  Les 5 projets retenus pourront se voir attribuer un **financement de 10 000 euros HT au maximum**. 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** |
| **Texte libre :** |
| **Retombées pour la filière/ pour les patients /pour les confrères :** |
| **Possibilité de médiatisation via les réseaux sociaux :**  Oui  Non |

|  |
| --- |
| **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 :** |  | |

*Filière de santé maladies rares, financée et pilotée par le ministère chargé de la santé*