|  |  |
| --- | --- |
| **« Programme ciblé d’octroi de subventions du MSSS en partenariat avec l’Unité de soutien SRAP du Québec et le FRQS : La recherche axée sur le patient en appui aux transformations cliniques et organisationnelles en soins et services de proximité intégrés »** | **FORMULAIRE DE LETTRE D’INTENTION**  Date limite de dépôt :  **19 octobre 2018, 16h30** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** | |
|  | No dossier  *(Espace réservé pour usage interne) :* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature du projet** | |
| Projet soutenant une pratique clinique ou organisationnelle porteuse | Projet d’accroissement d’échelle de pratiques démontrées efficaces |

|  |
| --- |
| **Mots clés (Maximum 10)** |
| Inscrire jusqu’à 10 mots clés décrivant le projet. |

|  |
| --- |
| **SECTION A – Renseignements administratifs** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informations relatives au CISSS ou CIUSSS présentant la lettre d’intention et au GMF-partenaire** | | |
| Nom du CISSS ou CIUSSS : | | |
| Nom et prénom du ou de la PDG du CISSS ou CIUSSS : | | |
| Nom du ou des GMF-partenaire(s) :  GMF-partenaire 1 :  GMF-partenaire 2 :  GMF-partenaire 3 : | | |
| Nom et prénom du ou de la médecin-responsable du ou de chaque GMF-partenaire :  GMF-partenaire 1 :  GMF-partenaire 2 :  GMF-partenaire 3 : | | |
| Direction(s) responsable(s) de programmes-services du CISSS ou CIUSSS impliquées dans le projet : | | |
| Votre CISSS ou CIUSSS soumet-il plus d’un projet dans le cadre de ce programme? | Oui | Non |
| Si oui, combien? | | |
| Le projet proposé implique-t-il d'autres partenaires du Réseau territorial de santé et services sociaux (RTS) que ceux figurant dans les règles du programme? | Oui | Non |
| Si oui, lesquels? | | |
| Le projet proposé est-il interrégional, c’est-à-dire réalisé dans plus d’une région sociosanitaire à la fois? | Oui | Non |
| Si oui, quelles sont les régions concernées? | | |
| Le projet proposé implique-t-il un partenariat entre plusieurs CISSS ou CIUSSS? | Oui | Non |
| Si oui, quels sont les CISSS ou CIUSSS concernés? | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coordonnées complètes du directeur ou de la directrice ou d’un représentant ou d’une représentante de la Direction des Finances du CISSS ou CIUSSS où sera administrée la subvention** | | |
| Nom, Prénom : | | |
| CISSS ou CIUSSS : | | |
| Département (si applicable) | | |
| Adresse : | | |
| Ville : | Code Postal : | |
| Courriel : | | Téléphone : |

|  |
| --- |
| **SECTION B – Identification des coresponsables et des membres de l’équipe de projet** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification des coresponsables** | | |
| **Médecin de famille ou autre professionnel ou professionnelle de la santé et des services sociaux pratiquant en services de proximité ou responsable de programmes services d’un CISSS ou CIUSSS** | | |
| Nom : | Prénom : | NIP FRQS :  (si applicable) |
| Titre / Fonction : | | |
| Établissement / Université / Organisation |  | |
| Département / Faculté (si applicable) |  | |
| Adresse |  | |
| Ville |  | |
| Code Postal |  | |
| Téléphone |  | |
| Courriel |  | |
| **Chercheur ou chercheuse universitaire / Chercheur universitaire clinicien ou chercheuse universitaire clinicienne** | | |
| Nom : | Prénom : | NIP FRQS :  (si applicable) |
| Titre / Fonction : | | |
| Université |  | |
| Département / Faculté |  | |
| Adresse |  | |
| Ville |  | |
| Code Postal |  | |
| Téléphone |  | |
| Courriel |  | |
| **Autre coresponsable (si applicable)** | | |
| Nom : | Prénom : | NIP FRQS :  (si applicable) |
| Titre / Fonction : | | |
| Établissement / Université / Organisation |  | |
| Département / Faculté (si applicable) |  | |
| Adresse |  | |
| Ville |  | |
| Code Postal |  | |
| Téléphone |  | |
| Courriel |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification des membres de l’équipe** | | | | | | |
| **Médecin de famille ou autre professionnel ou professionnelle de la santé et des services sociaux pratiquant en services de proximité ou responsable de programmes services d’un CISSS ou CIUSSS** | | | | | | |
| Nom, Prénom | NIP FRQS  (si applicable) | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté  (si applicable) | Adresse postale | | Téléphone et courriel |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| **Chercheur ou chercheuse universitaire / Chercheur universitaire clinicien ou chercheuse universitaire clinicienne** | | | | | | |
| Nom, Prénom | NIP FRQS  (si applicable) | Université / Organisation | Département / Faculté | Adresse postale | | Téléphone et courriel |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| **Usagers** | | | | | | |
| Nom, Prénom | Rôle dans l’équipe | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté  (si applicable) | | Adresse postale, téléphone et courriel | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
| **Collaborateurs et/ou collaboratrices de l’extérieur du Québec** | | | | | | |
| Nom, Prénom | Rôle dans l’équipe | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté  (si applicable) | | Adresse postale, téléphone et courriel | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |

|  |
| --- |
| **SECTION C – Description du projet** |

|  |
| --- |
| **Résumé scientifique du projet** |
| **Alignement des objectifs du projet avec les priorités du concours *(Maximum 1 page)*** |
| Résumez le projet selon la formule **PICO** en situant sa pertinence dans la perspective d’amélioration du système de santé et de services sociaux dans son ensemble. Donnez également un aperçu des aspects méthodologiques du projet. Important : Veillez à ce que les rubriques **P**opulation étudiée, **I**ntervention (pratique(s) étudiée(s)), **C**omparaison (groupes comparés et/ou indicateurs, s’il y a lieu) et « **O**utcome » (mesures des résultats prévus) soient clairement identifiées et expliquées. |
| **Détails sur le projet** |
| **Démonstration du caractère innovant et de pointe de la pratique faisant l’objet du projet *(Maximum 1/2 page)*** |
| Veuillez fournir des informations sur les composantes de la pratique faisant l’objet du projet. |
| **Description des impacts et des retombées attendues *(Maximum 1/2 page)*** |
| Veuillez décrire les impacts et les retombées concrètes attendues sur les pratiques et les usagers. |
| **Démonstration du partenariat et de l’engagement des décideurs et des usagers dans le projet *(Maximum 1/2 page)*** |
| Veuillez faire état des modalités anticipées du partenariat et de l’engagement des décideurs et des usagers dans le projet. |

|  |  |
| --- | --- |
| **SIGNATURES** | |
| Je, soussigné, PDG du CISSS ou CIUSSS, déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette lettre d’intention sont exacts et complets. | |
|  |  |
| **Date :**  jj-mois-AAAA | **Signature :**  (Nom en lettres d’imprimerie) |
| Je, soussigné, coresponsable identifié ou coresponsable identifiée sous « Médecin de famille ou autre professionnel ou professionnelle de la santé et des services sociaux pratiquant en services de proximité ou responsable de programmes services d’un CISSS/CIUSSS », déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette lettre d’intention sont exacts et complets. | |
|  |  |
| **Date :**  jj-mois-AAAA | **Signature :**  (Nom en lettres d’imprimerie) |
| Je, soussigné, coresponsable identifié ou coresponsable identifiée sous « Chercheur ou chercheuse universitaire / Chercheur universitaire clinicien ou chercheuse universitaire clinicienne », déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette lettre d’intention sont exacts et complets. | |
|  |  |
| **Date :**  jj-mois-AAAA | **Signature :**  (Nom en lettres d’imprimerie) |
| **S’il y a lieu seulement** - Je, soussigné, coresponsable identifié ou coresponsable identifiée sous « Autre coresponsable », déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette lettre d’intention sont exacts et complets. | |
|  |  |
| **Date :**  jj-mois-AAAA | **Signature :**  (Nom en lettres d’imprimerie) |