**Dossier de candidature**

**Appel à projets GIRCI AuRA 2025**

**Thème : Recherche Paramédicale et** **Maïeutique**

**A retourner au plus tard le jeudi 5 juin 2025 -** **12h00** à votre établissement ou DRCI de rattachement.

Les établissements coordonnateurs centralisent les dossiers avant de les transmettre au GIRCI AuRA.

1. **Informations générales**

**Etablissement du porteur Paramédical/Maïeutique : …………………**

**Structure responsable (promoteur) de la gestion du projet** (obligatoire)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement :** | **Ville :**  **Département :** |

|  |
| --- |
| **Titre du projet** :  **Acronyme** (obligatoire) :  **Résumé scientifique du projet** (2000 caractères max. espaces compris) : |

1. **Investigateurs, équipes associées**

|  |  |
| --- | --- |
| **Investigateur Coordonnateur (joindre CV)** | |
| **Coordonnées du porteur paramédical** | Nom / prénom :Téléphone :E-mail :Adresse : **Service :**  **Etablissement ou GH (le cas échéant) :** |
| **Profession** |  |
| **Coordonnées de l’investigateur coordonnateur (obligatoire si RIPH1)** | Nom / prénom :Téléphone :E-mail :Adresse : **Service :**  **Etablissement ou GH (le cas échéant) :** |
| **Profession** |  |
| **Méthodologiste(s) (joindre attestation d’engagement)** | |
| **Nom et coordonnées du (ou des) méthodologiste(s) :** | Nom / prénom :Téléphone :E-mail :Adresse : **Service :**  **Etablissement ou GH (le cas échéant) :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Investigateurs associés[[1]](#footnote-1) (si applicable) | | |
| **Nombre prévisionnel de centres d’inclusion (NC)** |  | |
| Nom/prénom du co-investigateur | Service | Établissement (CHU, CHR, CLCC…) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Structures et unités associés | | |
| Implication d’une structure support à la recherche | OUI NON | Si OUI, précisez Centre d’Investigation Clinique (CIC) Centre de Recherche Clinique (CRC)  Pôle de Santé Publique (PSP)  Autres, précisez : |
| Implication d’une unité de recherche | OUI NON | Si OUI, précisez (INSERM, CNRS, …) : |
| Implication d’un prestataire technique ou technologique | OUI NON | Si OUI, précisez : |

1. **Le projet**

**Durée du projet :**       **mois**

**Nombre de patients/ dossiers :**

**Domaine(s) de recherche :**

**Document scientifique**

*Il est demandé que ce document soit structuré et ne dépasse pas 2200 mots.* ***Un document excédant le nombre de mots autorisés ne sera pas examiné par la commission scientifique.***

***Aucune annexe ne sera acceptée.***

|  |
| --- |
| 1. **Contexte de la recherche** (environ 500 mots : *contexte, justification, hypothèses et intérêt de l’étude)* : 2. **Originalité et caractère innovant** (environ 300 mots) : 3. **Objectifs principal et secondaires** (environ 300 mots : o*bjectifs et critères de jugement)*: 4. **Justification de la faisabilité de l’étude** (environ 200 mots) 5. **Déroulement de l’étude et choix méthodologique** (environ 700 mots : *population concernée, description des phases du projet, taille d’échantillon, schéma de l’étude)*: 6. **Retombées attendues** (environ 200 mots : i*mpact attendu sur la prise en charge du patient)* : 7. **Références bibliographiques** (maximum 5 références) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mots clés **Merci de préciser trois mots clés (thématique principale…)** | | |
|  |  |  |

1. **Financement**

Sont autorisés les **frais liés à l’investigation** *(personnels médicaux, non médicaux, titulaires ou non, dépenses médicales en petit matériels, hôtelières et générales, les frais de promotion : arc moniteur, assurance, vigilance, sont également à budgéter.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Coût global du projet (en €) : |  | |
| Soutien(s) hors GIRCI AURA | OUI NON | Si oui, précisez : |
| Financement obtenu | OUI NON | Si oui, précisez : |
| Montant demandé à l’appel à projets GIRCI AURA **Dans la limite de 50 000 €** | Montant : | |

1. **RIB**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titulaire :** …  **Domiciliation :** … | | | |
| **CODE BANQUE**  … | **CODE GUICHET**  … | **N° COMPTE**  … | **CLE RIB**  … |
| **IBAN :** …  **Identifiant Swift de la BDF (BIC) :** … | | | |

1. **Visas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et Visa du cadre du service** | **Nom et Visa du Directeur des soins du groupement** | **Nom et Visa du Directeur Central des soins (si différent)** |
|  |  |  |

1. *Exclusivement dans l’inter région Auvergne Rhônes-Alpes* [↑](#footnote-ref-1)