|  |  |
| --- | --- |
| **« 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) |