# Appel à projets 2025

# Recherche clinique ophtalmologie

**LETTRE D’INTENTION**

**Formulaire de présélection**

**FONDATION VISIO** pour l’aide aux enfants et aux adultes déficients visuels

**RECHERCHE CLINIQUE - Lettre d'intention (max : 5 pages)**

Votre demande doit être reçue **au plus tard le *vendredi 26 septembre 2025 à minuit***

 **en version électronique** à : **appelprojetoph2025@fondation-visio.fr**

* **Merci de joindre à la lettre d’intention : le/les CV des porteurs du projet (en version courte)**
* **Merci de préciser :**

1 – Les recherches antérieures et les résultats préliminaires de l’équipe dans la thématique présentée et publications de l’équipe afférentes au sujet.

2 – Les publications significatives du porteur de projet

3 – Sa production éventuelle de brevets

4 – Sa contribution à des innovations majeures et/ou leadership d’essais clinique

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre complet de l’étude** |  |
| **Promoteur** |  |
| **Investigateur coordinateur**  |  |
| **Autres investigateurs**  |  |
| **Médicament, Dispositif médical étudié ou autre produit (sang, organe)** |  |
| **Intérêt de la recherche – Originalité**  |  |
| **Résultats des travaux préliminaires** |  |
| **Objectifs de la recherche** | Objectif principal :Objectifs secondaires :1. xxx
2. xxx
3. xxx
 |
| **Critères de jugement**  | Critères de jugement principal Critères de jugement secondaires |
| **Schéma d’étude** | Prospectif, rétrospectif, comparatif, randomisation, sur collection  |
| **Lieu de la recherche** |  |
| **Collection d’échantillons biologiques (si applicable)** | Intitulé de la collection(s) d’échantillons biologiques :      Responsable scientifique de la Collection existante :Origine de la collection existante : [ ]  issue du soin ou diagnostic [ ]  issue d’un projet de recherche biomédicale antérieur Précisez lequel :       (année, son titre cours) |
| **Sélection des sujets ou des échantillons** | **Critères d’inclusion*** xxx
* xxx

**Critères d’exclusion*** xxx
* xxx
 |
| **Calendrier prévisionnel** | * Date de début :
* durée de la période d'inclusion :
* durée totale de l'étude (inclusion + suivi éventuel)
* durée totale de participation pour un sujet :
* période d’exclusion pour le sujet :

*Sinon, indiquer si le patient peut participer simultanément à une autre recherche, la période d’exclusion correspond à la période durant laquelle le patient ne peut participer à une autre recherche** Date de fin des analyses statistiques :
* date de soumission publication :
 |
| **Analyse statistique** | **nombre de sujets nécessaires :****Tests statistiques :****Auteur de l’analyse :**  |
| **Résultats attendus**  |  |

## BUDGET - PRÉVISIONNEL

Les candidats doivent expliquer la durée prévisionnelle de l’utilisation de l’aide financière.

Un cofinancement est possible, uniquement en fournissant la fiche financière de l’aide complémentaire déjà retenue (document officiel).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de dépenses** | **Précisions sur le type de prestation / de poste** | **Budget demandé à la Fondation** | **Budget global de l’étude** |
| **Personnel** | Médical |  |       |       |
| Non médical |  |       |       |
| Frais de mission |  |       |       |
| Autre(s) : |  |       |       |
| ***Sous Total (1)*** |       |  |
| **Surcoût hospitalier** | Médicaments |  |       |       |
| Cotation d’acte- biologie :- imagerie : |  |       |       |
| Autre(s), précisez : |  |       |       |
| ***Sous Total (2)*** |       |       |
| **Dépense de fonctionnement** | Réactifs |  |       |  |
| Frais postaux |  |       |       |
| Cahier d’observation |  |       |       |
| Remboursement transport |  |       |  |
| Indemnités témoins |  |       |       |
| Informatique |  |       |       |
| Assurances |  |       |  |
| Aide au montage du dossier |  |       |       |
| Frais de publication |  |       |  |
| Autre(s), précisez : |  |       |       |
| ***Sous Total (3)*** |       |  |
| **Investissement Matériel** | Dispositifs médicaux |  |       |       |
|  | Autre(s), précisez : |  |       |       |
| ***Sous Total (4)*** |       |       |
| **Collaboration sous-traitant** |  | Détailler la participation |
| ***Sous Total (5)*** |       |       |
| **BUDGET TOTAL demandé à la Fondation VISIO****(1) + (2) + (3) + (4) +(5)** |  |  |
| **BUDGET GLOBAL DE L’ÉTUDE** |  |  |

Signature de l’Investigateur Principal du projet :

Cachet et signature du Chef de service ou du Chef de laboratoire :