

Date de réception de la demande

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

Date d'approbation ou de refus du projet par le comité

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA / MM / JJLe formulaire doit être transmis à [projetderecherche-statistiques@transplantquebec.ca](mailto:projetderecherche-statistiques@transplantquebec.ca).**INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR**Projet de recherche en développement :  Oui  NonDemande d'appui pour une proposition de recherche :  Oui  NonTitre de la recherche : \_\_\_\_\_  Titre provisoireApprobation obtenue du comité d'éthique de la recherche (CER) :  Oui (joindre lettre d'autorisation) Non (joindre lettre d'explication)Projet de recherche associé au *Programme de recherche en don et en transplantation du Canada (PRDTC)* :  Oui  Non

Nom du demandeur / chercheur principal : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Curriculum Vitae (joindre le document)

Nom et établissement du ou des collaborateurs ou chercheurs associés :

 Si plus de quatre (4), cocher et joindre un document comportant les noms des personnes et des établissements.

Nom, prénom / Établissement : \_\_\_\_\_

Nom de la personne de Transplant Québec qui collabore à la recherche (s'il y a lieu) :

Nom, prénom / Titre : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS SUR LE PROJET DE RECHERCHE**

Protocole complet de la recherche (joindre le document)

Type de demande (cochez plus d'une case, s'il y a lieu) :

 Donneur →  Tissus  Organes  Échantillons sanguins  Interventions cliniques  Données Receveur →  Données  Autre (spécifier) : \_\_\_\_\_ Amélioration de la qualité Éthique Approche à la famille  Autre (spécifier) : \_\_\_\_\_

**Sommaire du projet de recherche.****Description de la recherche.** Le cas échéant, inclure la lettre de présentation, le contexte, les objectifs et les méthodes.

**Cette recherche contribuera-t-elle à l'avancement du don et de la transplantation par l'augmentation potentielle du taux de consentement, du nombre de donneurs d'organes, du nombre de donneurs de tissus, du nombre de greffes ou par l'amélioration des résultats de la transplantation?**

- Oui (Si oui, expliquer de quelle façon.)  
 Non (Si non, expliquer pourquoi Transplant Québec devrait s'impliquer.)

**Durée de la recherche.** Début approximatif de la recherche, fin approximative de la recherche et dépôt du document.

Source de financement	Accordé	En processus d'obtention
<input type="checkbox"/> Établissement(s) d'enseignement (spécifier) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Établissement(s) de santé et de services sociaux (spécifier) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Institut(s) de recherche (spécifier) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre (spécifier) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Quels sont les besoins anticipés concernant le personnel de Transplant Québec?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Développement de protocole              | <input type="checkbox"/> Consultation et développement de statistiques ou de données    |
| <input type="checkbox"/> Obtention de données                    | <input type="checkbox"/> Consentement des proches du donneur ou du donneur              |
| <input type="checkbox"/> Analyse de données                      | <input type="checkbox"/> Obtention d'échantillons de tissus/organes ou de liquides/sang |
| <input type="checkbox"/> Interprétation de données               | <input type="checkbox"/> Transport d'échantillons/organisation                          |
| <input type="checkbox"/> Révision de dossiers                    | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Diffusion des résultats de la recherche |   |

**Demande de données spécifiques.** Décrire les éléments spécifiques concernant les données de Transplant Québec ou les besoins en ressources.

**Est-ce que vous avez l'intention de publier ou de présenter les résultats?** Oui Non

Si oui, je \_\_\_\_\_ (nom du demandeur / chercheur principal), accepte de reconnaître formellement la contribution de Transplant Québec en tant que collaborateur ou auteur dans cette publication ou présentation et d'informer Transplant Québec de la publication ou de la présentation des résultats de cette recherche.

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ**Confirmation du renouvellement de l'approbation du comité d'éthique de la recherche (CÉR) :**

Je \_\_\_\_\_ (nom du demandeur / chercheur principal), m'engage à fournir à Transplant Québec la confirmation du renouvellement de l'approbation du CÉR annuellement.

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ**SUIVI PAR TRANSPLANT QUÉBEC** **Accepté sans condition** **Accepté sous condition(s) :** Lettre ou courriel envoyé pour obtention d'informations supplémentaires ou de précisions Actions jugées nécessaires (spécifier) : \_\_\_\_\_ Frais exigés après évaluation du projet : \_\_\_\_\_ Signature du contrat d'engagement au transfert de matériel Signature du contrat d'engagement pour le partage de données Acceptation de la Commission d'accès à l'information (CAI) **Refusé**

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
AAAA / MM / JJ

Pour ce type de demande, Transplant Québec ne peut pas communiquer des renseignements pouvant permettre d'identifier une personne, sans une autorisation formelle de la CAI.