––

**Réseau d’évaluation et de l’innovation en santé (REIS)**

**FORMULAIRE**

* Veuillez d’abord prendre connaissance du guide de l’appel à proposition avant de soumettre ce document. Toutes les informations sont disponibles sur le site de MEDTEQ+ <https://www.medteq.ca/> .
* Veuillez remplir le formulaire au format **Arial 11 simple interligne**. Les images sont autorisées et peuvent être ajoutées en annexe.
* La demande doit être rédigée en français.
* La demande doit être soumise au plus tard le 1er novembre 2021 à 16h, par adresse courriel, à l’adresse suivante : reis@medteq.ca.

# INFORMATIONS SOMMAIRES

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro et code du formulaire | À COMPLETER PAR MEDTEQ+ AVANT SIGNATURE |
| Nom du promoteur |  |
| Nom(s) du/des responsable(s) de la proposition   |  |
| Titre de la proposition  |  |
| Durée du projet (mois)  |  |
| Date prévue de début  |  |
| Coût total du projet  |  |
| Montant de la subvention demandée  |  |

|  |
| --- |
| **Résumé succinct du projet en français** (maximum 250 mots) |
| En quelques phrases simples et vulgarisées, décrire :* Le contexte et raisonnement soutenant la proposition ;
* L’initiative proposée.
 |
|  |

#  PROMOTEUR ET ÉQUIPE DE LA PROPOSITION

|  |
| --- |
| Renseignements concernant l’organisation agissant à titre de promoteur principal  |

|  |
| --- |
| Nom de l’établissement public  |
| Numéro de registre d’entreprise du Québec (NEQ)  | Date de constitution (AAAA MM JJ)  |
| Adresse complète (siège social)  | Adresse du site Web  |
| Municipalité  | Province  | Code postal  |

|  |
| --- |
| Gestionnaire principal de la proposition  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du gestionnaire principal du projet  | Titre  |
| Téléphone Poste  | Courriel  |

|  |
| --- |
| Nom du haut responsable et signataire de l’organisation |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du haut responsable  | Titre  |
| Téléphone Poste  | Courriel  |
| Partenaire privé si applicable  |
| Nom du partenaire privé et du gestionnaire  | Titre  |
| Téléphone Poste | Courriel  |
| Partenaire public si applicable  |
| Nom du partenaire public et du gestionnaire  | Titre  |
| Téléphone Poste | Courriel  |

# DESCRIPTION DU CONTEXTE ET DE L’INITIATIVE PROPOSÉE

|  |
| --- |
| Contexte et initiativeDécrire l’initiative proposée, et ce, dans le contexte particulier de votre établissement et de celui de vos partenaires, s’il y a lieu;Expliquer le lien avec les orientations ou le plan stratégique de votre établissement, de votre unité, département ou direction;Spécifier les clientèles qui pourraient participer aux différentes études ou évaluations, de même que les expertises et les spécialités cliniques de votre établissement et de vos partenaires;Fournir des exemples concrets d’entreprises qui ont été accompagnées par le processus de développement et maturation déjà en place au sein de votre établissement en lien avec les activités réalisées. (5 pages)  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Définir:Les objectifs spécifiques de votre projet; L’étendue de l’offre de services développée à terme et autres livrables; De quelle façon est-ce que l'initiative prévoit susciter l'intérêt des industriels. De quelle façon les projets ou technologies seront-ils sélectionnés?Les processus mis en place pour assurer l’adéquation entre l’offre de services et le besoin de l’entreprise autant en type de services qu’en contraintes opérationnelles. (2 pages) |
|  |
|  |

# PLAN DE MISE EN ŒUVRE

|  |
| --- |
| Identifier les partenaires internes et externes de l’initiative et décrire leurs rôles (départements cliniques, plateformes technologiques, autres établissements, incubateur, organisme de valorisation, etc.) ;Vous êtes invité à joindre des lettres de vos différents partenaires. Les partenariats peuvent être internes à l’établissement ou externes à l’initiative mais complémentaires à votre vision.(1 page par partenaire) |
|  |

|  |
| --- |
| Décrire la stratégie de gestion du risque (1 page) |
| 1 rangée par risque identifié (ex : technologiques, cliniques, légal, coût, faisabilité, homologation/certification, éthique,etc.), sévérité (1-mineure, 5-arrêt du projet), probabilité (1-basse, 5-haute) et plan de mitigation. Ajouter des rangées au besoin. |
| Risque | Sévérité | Probabilité | Plan de mitigation |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# LE BUDGET

Copier/coller les sections du tableau Excel.

# ÉCHÉANCIER

|  |
| --- |
| Inclure un diagramme de GANTT qui comporte les jalons, les livrables et les points de Go-No-Go.(1 page) |
|  |

# PLAN DE MATURATION DE L’INITIATIVE

|  |
| --- |
| Décrire le modèle d’affaires et inclure:* En quoi votre offre de service est-elle en adéquation avec les besoins des PME québécoises. Vous devez joindre au moins une lettre de support d’une PME québécoise ;
* De quelle façon l’accès à vos expertises sera facilitée par l’initiative ;
* De quelle façon les projets d’entreprises seront sélectionnés pour un accompagnement par l’équipe/unité ;
* Indiquer, s’il y a lieu, les étapes qui suivront la période de développement faisant l’objet de la demande actuelle.

(2 pages) |
|  |
|  |
| Gouvernance * Décrire la gouvernance de votre initiative qui assurera la réussite du projet, son maintien dans le temps et son évolution selon les besoins de l’industrie et du système de santé.

(1 page) |
|  |

|  |
| --- |
| Décrire la stratégie visant à réduire la dépendance au financement public et assurer la pérennité de l’initiative. (1 page) |
|  |

|  |
| --- |
| Décrire votre stratégie de gestion de la propriété intellectuelle.  (1/2 page) |
|  |
| L’objectif de l’appel étant de constituer un réseau expert en évaluation, proposez un modèle de partage des meilleures pratiques en évaluation qui pourrait être mis en place.(1/2 page) |
|  |

# SIGNATURES

**PROMOTEUR PRINCIPAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Signature :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_gestionnaire principal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Signature :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_haut DIRIGEANT DE L’ÉTABLISSEMENT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Annexe si applicable