## Appel à propositions

## Call for proposal

**MANIFESTATION D’INTÉRÊT**

**INDICATION OF INTENT**

Veuillez d’abord prendre connaissance du guide de l’appel avant de soumettre ce document. Toutes les informations sont disponibles sur le site de MEDTEQ+ :

Please review the Guide of the call for solutions first, before submitting this document. All information is available on MEDTEQ+ website:

<https://www.medteq.ca/appel_beachhead/>

Veuillez remplir le formulaire au format **Arial 11 simple interligne**. Les images sont autorisées et ne comptent pas dans le nombre maximal de pages.

Please fill this form with the format **Arial 11 simple-line spacing**. Images are allowed and will not count in the maximum number of pages per section

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

TITRE DE LA SOLUTION PROPOSÉE/ TITLE OF THE PROPOSED SOLUTION

|  |
| --- |
|    |

SITE(S) BEACHHEADTM SOUHAITÉS/ TARGETED BEACHHEADTM SITE(S)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Centre** : CHUM**Expertise** : Intelligence artificielle**Intérêt** : [ ]  |  | **Centre** : CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal**Expertise** : Vieillissement et santé mentale**Intérêt** : [ ]  |
|  | **Centre** : CUSM**Expertise** : Innovation chirurgicale**Intérêt** : [ ]  | Une image contenant texte  Description générée automatiquement | **Centre** : Vancouver General Hospital**Expertise** : Médecine d’urgence et intelligence artificielle**Intérêt** : [ ]  |
|  | **Centre** : Douglas / Neuro**Expertise** : Neurosciences, maladies neurologiques et santé mentale**Intérêt** : [ ]  | Une image contenant texte  Description générée automatiquement | **Centre** : Alberta Health Services**Expertise** : Neurologie et AVC**Intérêt** : [ ]  |
| Une image contenant texte, signe  Description générée automatiquement | **Centre** : CHU de Québec**Expertise** : Santé numérique**Intérêt** : [ ]  |  | **Centre** : The Ottawa Hospital**Expertise** : Innovation et Qualité**Intérêt** : [ ]  |
|  | **Centre** : CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal**Expertise** : Santé connectée, soins à domicile intelligents, maladies chroniques**Intérêt** : [ ]  |  | **Centre** : Sheba Medical Center**Expertise** : Intelligence artificielle**Intérêt** : [ ]  |
|  | **Centre** : Institut de chirurgie guidée par l’image**Expertise** : Chirurgie et simulation**Intérêt** : [ ]  | Une image contenant texte  Description générée automatiquement | **Centre** : Medical Valley EMN**Expertise** : Accès au marché Européen/Allemand**Intérêt** : [ ]  |

THEMATIQUES /THEMES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IA en santé / AI in health**  | [ ]  | **Santé mentale et neurosciences / Neurosciences and mental health**  | [ ]  |
| **Vieillissement et continuum des soins / Longevity and continuum of care** | [ ]  | **Santé numérique / Digital health**  | [ ]  |
| **Autre/Other**  | [ ]  **Complétez/Complete** |

SECTION 1 – ÉQUIPE DU PROJET / PROJECT TEAM

#### **PORTEUR(S) DU PROJET / PROJECT LEAD(S)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’entreprise****Company name** | **Nom et postes des personnes contacts de l’entreprise pour cet appel****Name and title of company contacts for this call** | **Site web****Website** | **Téléphone****Phone number** | **Courriel****Email** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Ajouter des lignes au besoin / Add lines as needed

#### **PARTICIPANTS AU PROJET OU PARTENAIRES SI APPLICABLE / PROJECT PARTICIPANTS OR PARTNERS IF APPLICABLE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prénom et nom des participants****First and last name of participants** | **Poste****Title** | **Organisation****Organization**  | **Téléphone****Phone number** | **Courriel****Email** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Ajouter des lignes au besoin / Add lines as needed

SECTION 2 – DESCRIPTION DE LA COMPAGNIE / DESCRIPTION OF THE COMPANY

|  |
| --- |
| **Aidez-nous à vous connaître, mettez-vous de l’avant de façon attrayante et réaliste (1 page max.). Fournissez notamment les informations suivantes :*** **Année de création, nombre d’employés**
* **Croissance, revenus, financement, subventions et prix obtenus**
* **Collaborations et faits notables, participation à des incubateurs/accélérateurs, etc.**

**Help us get to know you, put yourself forward in an attractive and realistic way (1 page max.). In particular, provide the following information:*** **Year of creation, number of employees**
* **Growth, Revenues, Financing, Grants and Awards Achieved**
* **Collaborations and highlights, participation in incubators/accelerators, etc.**
 |
|  |

# SECTION 3 – DESCRIPTION DE LA SOLUTION / DESCRIPTION OF THE SOLUTION

|  |
| --- |
| **Décrire la solution que vous proposez en répondant aux points suivants. (4 pages max)*** **Marché visé pour la solution développée**
* **Ce que la solution fait ou pourra faire**
* **Son niveau de maturité technologique (voir l’Annexe sur le TRL - justifiez)**
* **Ses retombées cliniques et commerciales**
* **Son historique, pourquoi l’aviez-vous conçue au départ, pour répondre à quel besoin ?**
* **Le concept novateur, pourquoi se distingue-t-elle des autres, quels sont vos avantages compétitifs, techniques et commerciaux, qui sont vos compétiteurs et pourquoi êtes-vous meilleurs ?**
* **Vous pouvez insérer des liens pertinents comme votre pitch deck en Annexe (10 pages maximum d’Annexes).**

**Describe the solution you propose by addressing the following points (4 pages max.).** * **Targeted market for the developed solution**
* **What the solution does or will be able to do**
* **Its technology readiness level (see TRL scale on Appendix - justify)**
* **Its existing clinical and commercial benefits**
* **Its history, why did you design it in the first place, to meet what need?**
* **The innovative concept, why is it different from others, what are your competitive, technical, and commercial advantages, who are your competitors and why are you better?**
* **You can insert relevant links such as your pitch deck as an Appendix (maximum 10 pages of Appendices).**
 |
|                    |

SECTION 4 – PLAN PRÉLIMINAIRE DE VALIDATION DE LA SOLUTION AVEC LE SITE BEACHHEADTM / PRELIMINARY VALIDATION PLAN OF THE SOLUTION WITH THE BEACHHEADTM SITE

|  |
| --- |
| **En 1 page maximum, concevez les grandes lignes d’un plan de validation de la solution en faisant ressortir :** * **Les objectifs et méthodologie de validation visés. Décrivez-nous les étapes de validation et d’adoption que vous prévoyez, sa durée, les défis anticipés**
* **L’utilisation prévue de la solution en contexte clinique et les résultats cliniques attendus**
* **L’approche multidisciplinaire pour intégrer l’expertise clinique à la solution**

**In a maximum of 1 page, design the outline of a validation plan for the solution by highlighting:** * **The objectives and development methodology. Describe the validation and adoption steps you foresee, its duration, the anticipated challenges**
* **The intended use of the solution in a clinical context and the expected clinical results**
* **The multidisciplinary approach to integrate the clinical expertise into the solution**
 |
|    |

SECTION 5 – MODÈLE DE REVENU ANTICIPÉ/ ANTICIPATED BUSINESS MODEL

|  |
| --- |
| **Décrire le modèle de revenu que vous prévoyez pour la solution proposée (0.5 page max) ou le modèle de revenu actuel si la solution est déjà commercialisée** **Describe the business model that you anticipate for the proposed solution (0.5 page max)** |
|             |

SECTION 6 – ESTIMATION DU BUDGET / BUDGET ESTIMATE (1/4 PAGE)

|  |
| --- |
| **Proposez une première estimation des ressources (humaines et financières) nécessaires pour ce projet (les besoins précis du projet, incluant le coût des équipes cliniques, sera défini à l’étape de la demande complète).** **Describe an estimate of the resources (human and financial) that you will need in your company for this project (total project requirements, including the cost of clinical teams, will be defined at the full application stage).**  |
|                   |

SECTION 7 – CONSENTEMENT ET SIGNATURES/ CONSENT AND SIGNATURE

|  |
| --- |
| **J’autorise le consortium MEDTEQ+ à conserver et à utiliser tous les renseignements contenus dans le présent document sous la condition que les personnes ayant accès à ces renseignements en respectent le caractère confidentiel.****Je consens à ce que mon nom, mon affiliation industrielle, le titre du projet et les mots-clés soient diffusés sur les sites web de MEDTEQ+, si mon projet est retenu suite à l’étape de la manifestation d’intérêt.** **J’ai lu le guide du programme et je m'engage à en respecter l'ensemble des conditions.****Je comprends que le non-respect de l’un ou l’autre de ces engagements peut entrainer le retrait d’une demande en cours d’évaluation.****\*\*\*****I authorize the MEDTEQ+ consortium to keep and use all the information contained in this document under the condition that the persons having access to this information respect its confidential nature.** **I consent to the publication of my name, industry affiliation, project title and keywords on the MEDTEQ+ websites, if my project is selected following the expression of interest stage.** **I have read the program guide and agree to abide by all its conditions.****I understand that failure to comply with any of these commitments may result in the withdrawal of an application under evaluation.** |
| **PORTEUR(S) DU PROJET / PROJECT LEAD(S)** |
| **Nom:**          | **Signature :**        |  **Date :**         |
| **Nom:**          | **Signature :**        |  **Date :**         |

**N.B.  seules les signatures manuscrites ou électroniques (certifiées) seront acceptées. Les signatures simplement écrites au clavier d’un ordinateur seront refusées.**

 **N.B.  only a handwritten or electronic signature (certified) will be accepted. Signatures simply written on the keyboard of a computer will be refused.**