**2nd Call for Innovation Proposals:**

Theme - Mental Health

Partners - MEDTEQ+ x Brain Canada

**Guide for proposals**

BeachheadTM

Calls for Innovation Proposals

Propel international marketing for companies by leveraging

the BeachheadTM network’s validation processes

**MANIFESTATION D’INTÉRÊT**

**LETTER 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+ : <https://www.medteq.ca/programme/2nd-appel-beachheadtm-a-propositions-dinnovations/>

Please review the Guide of the Call for Proposals first, before submitting this document. All information is available on the MEDTEQ+ website: <https://www.medteq.ca/en/programme/2nd-beachheadtm-call-for-innovation-proposals-2/>

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 complete this form using **Arial size 11 font, single-line spacing**. Figures are permitted 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**: Artificial Intelligence  **Interest**: |  | **Centre**: CIUSSS de l’Est-de-l’Île-de-Montréal  **Expertise**: Aging and mental health  **Interest**: |
|  | **Centre**: CUSM  **Expertise**: Surgical Innovation  **Interest**: | Une image contenant texte  Description générée automatiquement | **Centre**: Alberta Health Services  **Expertise**: Neurology and stroke  **Interest**: |
|  | **Centre**: Douglas / Neuro  **Expertise:** Neurosciences, neurological diseases and mental health  **Interest**: |  | **Centre**: The Ottawa Hospital  **Expertise**: Innovation and quality  **Interest**: |
|  | **Centre**: CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal  **Expertise**: Connected health, smart home care, chronic diseases  **Interest**: |  | **Centre**: CHU Sainte-Justine  **Expertise**: Mother and child  **Interest**: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |   SOUS-THEMATIQUES / SUBTHEMES | |
| **IA en santé / AI in health** |  |
| **Santé numérique / Digital health** |  |
| **Multicentrique / Multiple Sites** |  |

SECTION 1 – ÉQUIPE DU PROJET / PROJECT TEAM

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

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

#### **PARTICIPANT.E.S 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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

#### 

#### **SI CENTRE CLINIQUE HORS BEACHHEAD™ / IF CLINICAL CENTRES OUTSIDE OF BEACHHEAD™**

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

 SECTION 2 – DESCRIPTION DE L’ENTREPRISE / COMPANY DESCRIPTION

|  |
| --- |
| **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’employé.e.s, lieu d’incorporation;** * **Subventions, prix obtenus et tous autres faits notables;** * **Participation à des incubateurs/accélérateurs.**   **Help us get to know you – describe yourself in an appealing and realistic way (1 page max). Please provide the following information:**   * **Year of creation, number of employees, place of incorporation;** * **Grants, awards, and any other notable facts;** * **Participation in incubators/accelerators.** |
|  |

|  |
| --- |
| **Décrivez de façon attrayante et réaliste le niveau de maturité de votre entreprise (1 page max). Fournissez notamment les informations suivantes :**   * **Croissance, revenus, financement;** * **Modèle de revenu (payeurs publics et privés);** * **Connaissance du fonctionnement du réseau de la santé (processus de dépôt et d’évaluation de projets d’innovation, des enjeux majeurs liés à votre technologie notamment concernant les besoins dans le centre d’excellence);** * **Étude de marché;** * **Participation à des projets collaboratifs avec le milieu clinique (réseau de la santé).**   **Describe your company’s level of maturity in an appealing and realistic manner (1 page max). In particular, provide the following information:**   * **Growth, revenue, financing;** * **Revenue model (public and private payers);** * **Knowledge of how the health network works (process for submitting and evaluating innovation projects, major issues related to your technology, particularly with respect to needs in the selected clinical site(s));** * **Market research;** * **Participation in collaborative projects with the clinical environment (health network).** |
|  |

# 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 in the 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 PRENEUR BEACHHEAD™ / PRELIMINARY VALIDATION PLAN OF THE SOLUTION WITH THE BEACHHEAD™ CLINICAL SITE

|  |
| --- |
| **En 1 page maximum, concevez les grandes lignes d’un plan de validation de la solution en faisant ressortir :**   * **Les objectifs et méthodologies de validation visés. Décrivez-nous les étapes de validation que vous prévoyez, sa durée, les défis anticipés et les données à obtenir à la fin du projet;** * **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 steps you foresee, their duration, the anticipated challenges, and the data to be obtained at the end of the project;** * **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 – PLAN DE VALIDATION ET JUSTIFICATION DE L’AJOUT D’UN SITE CLINIQUE PARTENAIRE HORS DU RÉSEAU BEACHHEAD™ (SI APPLICABLE) / VALIDATION PLAN AND JUSTIFICATION FOR ADDING A PARTNER CLINICAL SITE OUTSIDE THE BEACHHEAD™ NETWORK (IF APPLICABLE).

*Notez que si vous ajoutez un site clinique qui se trouve en dehors du réseau Beachhead, le projet sera toujours dirigé et géré par un site Beachhead attribué/Note that if a clinical site is added that is outside of the Beachhead™ network, the project will still be led and managed by an assigned Beachhead™ site.*

|  |
| --- |
| **En 1 page maximum, concevez les grandes lignes d’un plan de validation de la solution. Il est indispensable dans cette section de justifier rigoureusement :**   * **Une ou plusieurs expertise(s) indispensable(s) au projet, ne pouvant être effectuée(s) au sein du site Beachhead™, et qui justifie d’inclure dans le projet un centre qui n’est pas un Beachhead™ ;** * **Les relations entretenues avec ce site clinique qui faciliteront le processus d’évaluation et l’accès aux données (Chercheurs, administration, TI/sécurité, accès aux données…);** * **Connaissance de la procédure d’accès aux données nécessaires au projet au sein de cet établissement,** * **Volonté du centre à collaborer avec un site Beachhead™ qui dirigera le projet ;** * **Les objectifs et méthodologies de validation visés. Décrivez-nous les étapes de validation que vous prévoyez, sa durée, les défis anticipés et les données à obtenir à la fin du projet.**   **In a maximum of 1 page, design the outline of a validation plan for the solution. It is essential in this section to rigorously justify:**   * **One or more expertise essential to the project that cannot be performed within a Beachhead™ site,** **and that justifies including in the project a center that is not a Beachhead™;** * **Relationships maintained with this clinical site that will facilitate the evaluation process and data access (researchers, administration, IT/security, data access...);** * **Knowledge of the procedure for accessing data needed for the project within this institution,** * **Willingness of the centre to collaborate with a Beachhead™ site who will lead the project;** * **Targeted validation objectives and methodologies. Describe the validation steps you anticipate, their duration, anticipated challenges, and data to be obtained at the end of the project.** |
|  |

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

|  |
| --- |
| **Proposez une estimation du budget et des ressources du centre et de l’entreprise qui seront nécessaires pour la réalisation du projet (humaines et financières).**  ***\*Ce budget sera présenté au centre Beachhead™ sélectionné lors de la rencontre initiale et fera alors l’objet d’une évaluation. Cette section est primordiale pour permettre au centre de cerner sa contribution potentielle.***  **Propose an estimate of the budget and resources of the centre and company that will be needed to complete the project (human and financial).**  ***\*This budget will be presented to the selected Beachhead™ centre at the initial meeting for evaluation. This section is critical to allow the centre to identify its potential contribution.*** |
|  |

SECTION 7 – CONSENTEMENT ET SIGNATURES/ CONSENT AND SIGNATURES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **J’autorise le consortium MEDTEQ+ et la Fondation Brain Canada 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+et la Fondation Brain Canada, 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 and Brain Canada Foundation 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+ and Brain Canada Foundation websites, if my project is selected following the Letter of Intent stage.**    **I have read the Call for Proposals 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.EUSE.S DU PROJET / PROJECT LEAD(S)** | | | |
| **Nom/ Name:** | **Signature :** | **Date :** | |
| **Nom/ Name:** | **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 typed using a computer keyboard will be refused.**

# APPENDIX 1 – Technology Readiness Level (TRL)

