

QUESTION POSEE :

Nom du demandeur :

En qualité de :

Qualification (médecin, interne, sage-femme) :

Etablissement :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Investigateurs du RSN Associés :

Aide attendue du RSN pour le projet :

Oui

Si oui, précisez (accès aux données, soutien logistique, soutien statistique, etc.) :

Non

Personne à contacter pour le suivi de l'avancement du projet et des résultats (si différent du demandeur) :

La question posée s'insère dans quel cadre (mémoire, thèse, étude clinique, article, etc.) :

Calendrier du projet :

Date de début :

Date de fin :

Date limite pour le projet (si applicable) :

DESCRIPTION DU PROJET (remplir les informations disponibles selon l'avancement du projet) :

Rationnel de l'étude :

Objectif et critère de jugement principal :

Objectifs et critères de jugements secondaires :

Population cible et critères d'inclusions :

Résultats attendus et perspectives pour le RSN :

Démarches réglementaires réalisée par le demandeur :

- CNIL CCTIRS CPP ANSM
 Comité Ethique Clinical Trial

AVIS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE :

Date :

Evaluation du projet :

Positif :

Négatif :

Commentaire :