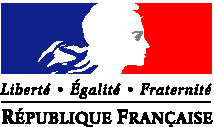
****

Ministère du travail, de l’emploi et de la santé

|  |  |
| --- | --- |
| **DRCI** | **N° de la DRCI** |

**Il est rappelé qu’un projet déposé dans le cadre de l’appel à projets national ne peut être déposé dans le cadre des appels à projets interrégionaux.**

**Appel à projets national**

**Programme hospitalier de recherche clinique en Cancérologie**

**PHRC Cancer 2012**

**Dossier de candidature**

**Ce dossier ne concerne que les projets pré-selectionnés par lettre d’intention**

**Date limite de soumission en ligne : 23 Janvier 2012 minuit (Maximum 4 Mo)**

[**http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/phrc2012**](http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/phrc2012)

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet / *Project title* :** | |
| **Mots clés / *Keys words* :** |  |
| Discipline, spécialité (du projet) / *Project area* : |  |
| Organe, localisation anatomique de la tumeur / *Organ, tumor location :* |  |
| Autre (libre) / *Other* : |  |
| **Titre, Prénom & Nom de l’investigateur principal *Title, Firstname & Name of PI :*** |  |
| Fonction et spécialité / *Fonction and speciality :* |  |
| Service ou département / *Unit or department* : |  |
| Nom de l’établissement hospitalier / *Hospital name* : |  |
| Téléphone / *Phone number* : |  |
| Adresse électronique / *e-mail :* |  |
| **Titre, Prénom & Nom du méthodologiste /**  ***Title, Firstname & Name of methologist :*** |  |
| Nom de l’établissement hospitalier / *Hospital name :* |  |
| Téléphone / *Phone number :* |  |
| Adresse électronique / *e-mail :* |  |
| **Nom de l’établissement de santé promoteur / *sponsor*** |  |
| **Montant demandé sur 4 ans arrondi au millier d’€** | ……………..euros  Si la somme demandée sur le dossier final est différente de celle indiquée sur la lettre d’intention, merci de le préciser |

|  |
| --- |
| **Typologie de la demande *Application typology (barrer les mentions inutiles)***  **Cas n°1** \*: 1ère soumission au PHRC cancer/*First submisson.*  **Cas n°2** \*: re soumission/*re submission* (préciser l’(ou les) année(s) de soumission précédente(s)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Cas n°3** \*: demande de complément de financement/*additional request for funding.* Ce projet a déjà bénéficié d’un financement du PHRC de l’année \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d’un montant de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \* case à cocher |

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis d’un comité de patients :** | Ce dossier a –il été soumis au préalable à un comité de patients :  **Oui**  **/ Non**  Si le projet est financé, cette procédure devra être mise en œuvre.  Rappel de la mesure 4.3 du plan Cancer : *« Prendre l’avis des comités de patients sur les protocoles de recherche clinique en articulation avec la consultation des comités de protection des personnes (CPP) ».* |

Experts récusés/experts objected to the peer-review

Si nécessaire, indiquer les experts récusés pour l’évaluation

*Please indicate the eventual experts not to contact for the peer-review*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom & Prénom/**  ***Last name & first name*** | **Titre/title**  ***Fonction/Position*** | **Institution et Pays /*Institution & country*** | **Justification** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**SOMMAIRE / TABLE OF CONTENT**

[1 Résumés scientifiques en français et en anglais 4](#_Toc311039897)

[2 Informations spécifiques / *Specific Informations* 5](#_Toc311039898)

[3 Projets cas 1 ou 2 8](#_Toc311039899)

[3.1 Equipes participantes (y compris celle du coordonnateur du projet) 8](#_Toc311039900)

[3.2 Compétences dans le domaine de l’appel à projets 9](#_Toc311039901)

[3.3 Clinical research project / *English version* 10](#_Toc311039902)

[3.4 Détails du financement sollicité 11](#_Toc311039903)

[3.5 Engagement 14](#_Toc311039904)

[4 Projet Cas n° 3 15](#_Toc311039905)

[4.1 Description du projet - Project description 15](#_Toc311039906)

[4.2 Financement et calendrier – Funds and schedule 17](#_Toc311039907)

[4.3 Equipes / Teams 18](#_Toc311039908)

[4.4 Avis du promoteur de l'étude / Opinion of the sponsor of the study 18](#_Toc311039909)

**Avant de rédiger le dossier il est indispensable de prendre connaissance des éléments d’informations ci -après**

* **Publication**

Toute publication, sous quelque forme que ce soit, réalisée dans le cadre du projet devra obligatoirement faire état du soutien apporté par le PHRC. Le texte sera communiqué pour information à l’INCa.

* **Communication**

Les communications relatives à la réalisation du projet et, particulièrement les communications en direction de la presse, mentionneront le soutien apporté par le PHRC.

# Résumés scientifiques en français et en anglais

Les résumés sont demandés quelque soit la typologie du projet (cas n°1, 2 ou 3).

**Attention, ce résumé est indispensable pour l’expertise de votre projet**

|  |
| --- |
| **Titre du projet**  **Résumé**: (max. 700 mots) Tahoma 11 |
|  |

|  |
| --- |
| **Title of the project**  **abstract**: (max. 700 words) Tahoma 11 |
|  |

# Informations spécifiques / *Specific Informations*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Implication d’une structure de recherche clinique  Si oui, cochez la case correspondante  *Involvement of a clinical research structure.*  *If yes tick the appropriate box* | OUI/YES | NON/NO |
| CTD centre de traitement des données, labellisé par l’INCa  *Data management centre, approved by INCa* |  | |
| CIC-P Clinical Investigation Centre - plurithematic |  | |
| CIC-EC Clinical Investigation Centre –  Clinical epidemiology / clinical trial |  | |
| CIC-BT Clinical Investigation Centre - biotherapy |  | |
| CIC-IT Clinical Investigation Centre – technological innovation |  | |
| CTRS/RTRS (préciser lesquels)  Thematic Research and Health Care Centres / Networks (specify which ones) |  | |
| Unité de recherche clinique (préciser laquelle le cas échéant) Clinical research unit (specify if relevant) |  | |
| autres Other |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ce projet comporte-t-il l’utilisation ou la préparation de produits de thérapie cellulaire, de thérapie génique ou de thérapie cellulaire xenogénique, ou la mise en œuvre ou l’évaluation de thérapeutique mettant en œuvre de telles thérapies, à des fins thérapeutiques, d’organes ou de tissus d’origine animale  *Does the project involve the use or preparation of cell therapy, gene therapy or xenogeneic cell therapy**products, or the implementation of such therapies or assessment of therapeutics, for therapeutics purposes, organs or animal tissues?* | OUI/YES | NON/NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Recherche biomédicale au sens de l’article L.1121-1 du code de la santé publique  *Biomedical research as in art. L.1121-1 of the French Public Health code* | OUI/YES | NON/NO |
| Si non If no | | |
| Recherche non interventionnelle mentionnée au 1er de l’article L.1121-41 et à l’article R.1121-2 du code de la santé publique  *Non-interventional research as mentioned in articles L.1121-41 and R.1121-2 of the French Public Health code* | OUI/YES | NON/NO |
| Recherche portant sur des soins courants, mentionnée au 2ème de l’article L.1121-41 et à l’article R.1121-3 du code de la santé publique  *Research related to current care as mentioned in art L.1121-41 and R.1121-3 of the French Public Health code* | OUI/YES | NON/NO |

**Dans le cas où il s’agirait d’un projet d’essai thérapeutique portant sur des produits mentionnés à l’article L.5311-1 du code de la santé publique, préciser les items suivants**

***In the case where the therapeutic trial project deals with products mentioned in article L.5311-1 of the French Public Health code, specify the following items***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Essai réalisé sur des patients  *Trial on patients* | OUI/YES | NON/NO |
| Essai Médicamenteux  *Drug trial* | OUI/YES | NON/NO |
| Essai randomisé / *Randomised trial* | OUI/YES | NON/NO |
| Phase : 1, 2 ,3 ,4 / *Phase: 1, 2 ,3 ,4* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le risque encouru est justifié par :  *The risk is justified by:* |  | |
| * Le bénéfice escompté pour la personne qui se prête à la recherche * *The expected benefit for the person participating to the research* | OUI/YES | NON/NO |
| * Le bénéfice escompté pour d’autres personnes * *The expected benefit for other persons* | OUI/YES | NON/NO |
| Indemnisation en compensation des contraintes subies prévue  *Compensation for suffered damages* | OUI/YES | NON/NO |
| Nombre de personnes dont l’inclusion est prévue dans le protocole  *Accrual planned in the protocol* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Projet multicentrique / *Multicentric project* | OUI/YES | NON/NO |
| Si oui préciser la typologie des centres associée  *If yes, specify the type of associated centres* |  | |
| * CHU – *University hospital centre* | OUI/YES | NON/NO |
| * CLCC - *cancer fight centres* | OUI/YES | NON/NO |
| * CHG - *hospital centre* | OUI/YES | NON/NO |
| * PSPH - French private, non-profit hospital participating in the public hospital sector | OUI/YES | NON/NO |
| * Structure privée - Private structure | OUI/YES | NON/NO |
| * Médecins libéraux – Professional physicians | OUI/YES | NON/NO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Projet multidisciplinaire, si oui disciplines concernées  Multidisciplinary project, If yes, specify concerned areas | OUI/YES | NON/NO |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

**Cofinancement / *Co-funding***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le projet a-t-il été présenté à un autre financement  *Has another funding been requested for the project?* | OUI/YES | NON/NO |
| Si oui / *If yes,* |  | |
| PHRC (préciser lequel)  *PHRC (specify which one)* |  | |
| Autre (préciser le montant de la demande  *Other (indicate the requested amount)* |  | |
| Le projet a-t-il obtenu un autre financement  *Has the project been awarded another funding?* | OUI/YES | NON/NO |
| Identité du ou des co-financeurs s’il y a lieu  *Co-funding identities if relevant*  Nom / *Name*  Adresse : */ Address:* |  | |
| Montant du cofinancement  *Co-funding amount* |  | |
|  |  |  |
| Association avec les organismes de recherche (INSERM ou autre)  *Cooperation with research organisms (INSERM or other)* |  | |
| Si oui préciser / *If yes, please specify*  Nom / *Name*  adresse / *Address* |  | |
| Montant du financement accordé par l’organisme de recherche  *Total funding granted by the research organism* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Participation de l’industrie**  ***Participation of the industry*** | OUI/YES | NON/NO |
| Si oui, indiquer la nature de la participation (fourniture de médicament, circuit de distribution, autre…)  If yes, indicate the kind of participation (drug supply, distribution channels, other …) |  | |
| **Un engagement écrit de l’industriel est-il disponible,**  ***Is a written commitment from the industry available?*** | OUI/YES | NON/NO |
| **Si oui, il conviendra d’insérer ce document dans le dossier papier**  ***If yes, please enclose a copy in the application*** |  | |

# Projets cas 1 ou 2

**Cas n°1 : *First submisson* \***

**Cas n°2 : *re submission* \***

**\* case à chocher**

## Equipes participantes (y compris celle du coordonnateur du projet)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom**  **Prénom** | **Discipline** | **Etablissement de santé** | **Téléphone**  **E-mail** | **Affiliation éventuelle à un organisme de cherche**  **Préciser INSERM CNRS Autres** | **Fonction dans le projet** |
| **Equipe 1 (équipe de coordination)** | Investigateur Coordonnateur |  |  |  |  |  |
|  | Méthodologiste |  |  |  |  |  |
|  | Autre, le cas échéant |  |  |  |  |  |
| **Equipe 2** | Responsable |  |  |  |  |  |
|  | Autre, le cas échéant |  |  |  |  |  |
| **Equipe 3** | Responsable |  |  |  |  |  |
|  | Autre, le cas échéant |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**A adapter selon le nombre d’équipes participantes**

## Compétences dans le domaine de l’appel à projets

* **Investigateur Coordonnateur(s) du projet**

|  |
| --- |
| **Principaux articles publiés et répertoriés dans des revues à comité de lecture international ou toutes autres publications significatives au cours des cinq dernières années** (*titre et références)* |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

* **Méthodologiste**

|  |
| --- |
| **Principaux articles publiés et répertoriés dans des revues à comité de lecture international ou toutes autres publications significatives au cours des cinq dernières années** (*titre et références*)*dans le domaine du cancer ou hors cancer* |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

* **Responsables des équipes associées**

**Equipe 2**

|  |
| --- |
| **Principaux articles publiés et répertoriés dans des revues à comité de lecture international ou toutes autres publications significatives au cours des cinq dernières années (***titre et références***)** |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**Equipe 3**

|  |
| --- |
| **Principaux articles publiés et répertoriés dans des revues à comité de lecture international ou toutes autres publications significatives au cours des cinq dernières années (***titre et références***)** |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**A compléter en fonction du nombre d’équipes**

## Clinical research project / *English version*

This part will include:

* Problem, hypothesis and objective of the investigations ·
* Location of the work in the context of the current knowledge ·
* detailed description of the methodology (number of necessary subjects:)
* detailed description of the implemented techniques ·
* Plan of realization of the describing project:
* the role of every team
* a projected calendar adapted to the duration of the project -
* the identification of the key stages,
* the modalities of coordination of the project
* the capacity of patients’ inclusion

**It is asked to bring a solid argument on the feasibility of the project. This point will be a major axis of the decision of the committee of scientific evaluation**

*If this project has not been previously selected (case 2), mention the additional aspects relevant to the previous recommendations of the Scientific Committee.*

|  |
| --- |
| Detailed Clinical research project, (max. 30 pages ; Simple line spacing, Tahoma 10 pts),  **including a synopsis at the beginning of text** |
| 1- Principal project  2- Ancillary study if relevant |

## Détails du financement sollicité

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de patients à inclure pour la durée totale du projet:** | |  |  |
| **Détail des financements 1 ligne par précision donnée Rajouter autant de lignes que nécessaire** | **Répartition des financements**  **40% la 1ère année**  **20% la 2ème année**  **20% la 3ème année**  **20% la 4ème année**  **Si une autre répartition est nécessaire il est impératif de la justifier** | **Montant TTC  sur 4 ans** | **Indiquer la moyenne par patient dans les cases colorées** |
| **Frais de promotion** | **sous total** | **0 €** |  |
| précision 1 le cas échéant : | 0 € |  |  |
| précision 2 le cas échéant: | 0 € |  |  |
|  |  |  |  |
| **Dépense de personnel médical ou non médical (hors aspect de coordination ou de recueil de données)** | **sous total** | **0 €** |  |
| précision 1, le cas échéant : | 0 € |  |  |
| précision 2, le cas échéant : | 0 € |  |  |
| **Sous-total du surcoût des examens complémentaires liés au protocole, en dehors des soins (préciser éventuellement)** | **sous total** | **0 €** |  |
| précision 1, le cas échéant : | 0 € |  |  |
| précision 2, le cas échéant : | 0 € |  |  |
| **Sous-total du surcoût "pharmacie, petit matériel médical…. " lié au protocole en dehors des soins courants (préciser éventuellement) :** | **sous total** | **0 €** |  |
| précision 1, le cas échéant : | 0 € |  |  |
| précision 2, le cas échéant : | 0 € |  |  |
| **Sous-total du surcoût "autre prise en charge" lié au protocole en dehors des soins courants (préciser éventuellement) :** | **sous total** | **0 €** |  |
| précision 1, le cas échéant : | 0 € |  |  |
| précision 2, le cas échéant : | 0 € |  |  |
| **Sous-total du surcoût lié à (aux) l'étude(s) ancillaire(s) :** | **sous total** | **0 €** |  |
| précision 1, le cas échéant : | 0 € |  |  |
| précision 2, le cas échéant : | 0 € |  |  |
| **Constitution d'une collection d'échantillons, si pertinent** | **sous total** | **0 €** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Indiquer la moyenne par patient dans les cases colorées** |
| Coût du recours à un méthodologiste | **sous total** | **0 €** |  |
| Coût du recours à un économiste de la santé et/ou un spécialiste des sciences humaines et sociales | **sous total** | **0 €** |  |
| Cout de la randomisation le cas échéant |  |  |  |
| Coût du cahier d’observation (papier / électronique) | **sous total** | **0 €** |  |
| Coût du recueil des données du protocole (technicien d’étude clinique, assistant de recherche clinique, etc) | **sous total** | **0 €** |  |
| Coût du suivi de l’évaluation / coordination du projet | **sous total** | **0 €** |  |
| Coût de réunion(s) et d’échanges d’informations entre équipes | **sous total** | **0 €** |  |
| Coûts d’analyse et de synthèse et de rédaction des rapports intermédiaires et du rapport final à la charge exclusive de l’équipe coordinatrice | **sous total** | **0 €** |  |
| **Dépenses hôtelières et générales** | **sous total** | **0 €** |  |
| Fournitures de bureau et informatique | 0 € |  |  |
| Location d'équipement | 0 € |  |  |
| Maintenance | 0 € |  |  |
| Assurances autres que loi Huriet | 0 € |  |  |
| Transports patients | 0 € |  |  |
| Autres | 0 € |  |  |
| **Dépenses financières** | **sous total** | **0 €** |  |
| Frais financiers | 0 € |  |  |
| Charges exceptionnelles | 0 € |  |  |
| Amortissement | 0 € |  |  |
| Frais de gestion | 0 € |  |  |
|  | **COUT TOTAL DU PROJET TTC SUR 4 ANS** |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser ci-après la participation des industriels (médicaments fournis, autres…..)** | **1 ligne par industriel** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipes** | **Nom du(es) responsable(s) du projet dans l'établissement** | **Nom de l'Etablissement hébergeant l'équipe** | **Nb de patients inclus** | **Détails** | **COUT DU PROJET TTC pour 4 ans** |
| **EQUIPE  de coordination = Equipe 1** |  |  |  | Consommables et surcoûts |  |
| Personnel affecté au projet |  |
| Frais de gestion du protocole |  |
| **Coûts spécifiques liés à la coordination** |  |
| **EQUIPE 2** |  |  |  | Consommables et surcoûts |  |
| Personnel affecté au projet |  |
| Frais de gestion du protocole |  |
| **EQUIPE 3** |  |  |  | Consommables et surcoûts |  |
| Personnel affecté au projet |  |
| Frais de gestion du protocole |  |
| **EQUIPE 4** |  |  |  | Consommables et surcoûts |  |
| Personnel affecté au projet |  |
| Frais de gestion du protocole |  |
| **Reproduire le bloc autant de fois que nécessaire** |  |  |  | Consommables et surcoûts |  |
| Personnel affecté au projet |  |
| Frais de gestion du protocole |  |
|  |  |  |  | **MONTANT TOTAL TTC\*** |  |
| **\*Le montant total doit être identique au montant total indiqué au tableau "coûts globaux"** | | | | | |

## Engagement

Cette signature ne concerne que le directeur de l’établissement où exerce le coordonnateur du projet

La signature n’est pas exigée sur le document électronique

Elle est impérative sur le document papier

|  |
| --- |
| Après avoir pris connaissance   * du présent dossier de candidature * des dispositions relatives aux modalités de participation, aux critères d’éligibilité et d’évaluation * du financement demandé. |
| je, soussigné(e) M\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  en qualité de directeur d’établissement donne mon accord pour la participation de  M. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en tant que coordonnateur du projet  et garantis les informations concernant ce responsable  Signature :  Fait à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**La signature n’est pas exigée sur le document électronique**

**Elle est impérative sur le document papier**

# Projet Cas n° 3

**Project Case n° 3**

**Additional funds request at PHRC 2012**

|  |
| --- |
| It is possible to formulate a request for additional funding of a project selected in a previous PHRC. To be eligible, the project will show that the curve of the inclusions is close to initial expectations with a rate that can not be less than 60% of the target. The scientific justification must remain relevant. The sponsor will give notice motivated to demonstrate how the project remains a priority. The budget will be precised with a justification of the request additional funds |

**Il conviendra de reprendre les éléments contenus dans votre lettre d’intention retenue, en complétant et en argumentant ci-dessous votre demande de financement complémentaire.**

## Description du projet - Project description

|  |
| --- |
| **Recall the outline of the initial project :** |
|  |
| **Objective (s) of the clinical study :** |
|  |
| **Primary endpoint :** |
|  |
| **Experimental plan :** |
|  |
| **If applicable : brief description of the ancillary study :** |
|  |

|  |
| --- |
| **Nombre d'inclusions et de centres / *Number of inclusions and centers*** |
| **Nombre d’inclusions et de centres** / Number of inclusions and centers  Nb d’Inclusions théoriques initialement prévues\_\_\_\_\_\_\_Nb de centres initialement prévus\_\_\_\_\_\_\_\_  *Theoretical patient accrual originally planned Nb de centers originally planned*    Nb d’Inclusions réalisées (automne 2011)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nb de centres ayant inclus des patients\_\_\_\_\_\_\_\_  *Nb of patient accrual done (fall 2011)* *Nb of centers involved in patient accrual*  Nombre de sujets qui restent à inclure \_\_\_\_\_\_\_\_Nb de centres qui continueront d’inclure \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Number of patient remaining to recruit Nb of centers remaining for recruiting* |

|  |
| --- |
| **Justification de la nécessité d’un financement complémentaire (police : Tahoma 10)** *Justification of the need for additional funding ( font: Tahoma 10)* |
|  |

## Financement et calendrier – Funds and schedule

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant du financement déjà obtenu à un précédent PHRC :** Amount of funding already received in a previous PHRC: | **en € ; PHRC de l’année \_\_\_\_\_\_.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Crédits déjà consommés en €**  *Funds already used in €* | **Répartition du financement demandé au PHRC 2012 en €**  *Distribution of funding requested from the PHRC 2012 (€)* |
| Dépense de personnel médical ou non médical (hors aspect de coordination ou de recueil de données)  *Expenditure of medical or no medical staff (except aspect of coordination or data collection)* |  |  |
| Sous-total du surcoût des examens complémentaires liés au protocole, en dehors des soins.  *Subtotal additional costs for investigations related to the protocol, excepted routine care.* |  |  |
| Sous-total du surcoût "pharmacie, petit matériel médical…. " lié au protocole  *Sub-total additional cost "pharmacy, small medical equipment ...."* |  |  |
| Sous-total du surcoût "autre prise en charge" lié au protocole, en dehors des soins courants  *Subtotal additional costs "other support" except* |  |  |
| Sous-total du surcoût lié à (aux) l'étude(s) ancillaire(s) :  *Sub-total additional cost for study (ies) ancillary (s):* |  |  |
| Coût des aspects méthodologiques (cout de la coordination, méthodologistes, ARC ou TEC, cahier d’observation, recueil de données, logistique etc….  *Cost of methodological aspects (coordination, methodologists, data collection, logistics, etc ....)* |  |  |
| Autres : préciser  *Others: specify* |  |  |
|  | **Total** | Total |

|  |
| --- |
| **Calendrier prévisionnel de la suite de la mise en œuvre du projet**  ***Estimated schedule of project continuation*** |
|  |

## Equipes / Teams

|  |
| --- |
| **Liste des équipes associées qui bénéficieront de budget complémentaire:**  List of associated teams will benefit from additional budget  Nombre d’équipes (prévisionnel) : ……………….  *Number of teams (expected*) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et prénom du responsable local** | **Spécialité** | **Etablissement** | **Budget envisagé** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Avis du promoteur de l'étude / Opinion of the sponsor of the study

|  |
| --- |
| **Nom et Prénom du responsable émettant l’avis :**  **-**  **-** |
|  |

**Date limite de soumission / Submission deadline**

|  |
| --- |
| **Format papier comprenant :**  **30 janvier 2012 minuit**   * 1 exemplaire original du présent dossier (**signatures originales et non scannées**) ;   **à l’adresse suivante (cachet de la poste faisant foi) :**  **Institut National du Cancer – INCa**  **AAP PHRC/STIC 2012**  52, avenue André Morizet  92513 Boulogne-Billancourt cedex |

**ET**

|  |
| --- |
| **Format électronique :**  **23 janvier 2012 minuit**  Le format électronique comporte le présent dossier de candidature - **format Word.doc**,  (merci de **ne pas ajouter de signatures scannées).**  Il doit être transmis en ligne par téléchargement via le site de soumission.  La taille du fichier Word complet **ne doit pas excéder 4 Mo. Attention pas de format PDF**  Adresse unique pour l’appel à projets :  [***http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/phrc2012***](http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/phrc2012%20) |