



**15^{ème} BOURSE de RECHERCHE
en MEDECINE VASCULAIRE**
de la
Société Française de Médecine Vasculaire

Dossier de projet de recherche

A retourner par e-mail avant le 31/03/2019 à : sfmv.id@wanadoo.fr

I. DAURIAC, Secrétariat S.F.M.V.

CHU Rangueil, Service de Médecine Vasculaire

1, Av. J. Poulhès, TSA 50032

31059 TOULOUSE Cedex 9

Coordonnées du candidat

Nom :

Prénom :

Adresse professionnelle :

Tel :

Fax :

E-mail :

Thème de la recherche

Objectif(s) :

Durée de l'étude :

RESUME

CANDIDAT

➔ Joindre un bref curriculum vitae.

Citez éventuellement, 1 à 3 travaux de recherche clinique auxquels a participé le candidat (publications, congrès, essais thérapeutiques, évaluation....)

-
-
-

PROJET DE RECHERCHE

Titre (90 caractères maximum)

Domaine et thème de l'étude

Domaine	Thème
Maladie thrombo-embolique veineuse <input type="checkbox"/>	Physiopathologie <input type="checkbox"/>
Insuffisance veineuse chronique <input type="checkbox"/>	Epidémiologie descriptive <input type="checkbox"/>
Pathologie artérielle <input type="checkbox"/>	Epidémiologie analytique <input type="checkbox"/>
Pathologie lymphatique <input type="checkbox"/>	Evaluation diagnostique ou thérapeutique <input type="checkbox"/>
Microcirculation <input type="checkbox"/>	Qualité des soins, économie de santé <input type="checkbox"/>

Contexte de l'étude (15 lignes maximum, citez les 3 principales publications sur le sujet)

PROJET DE RECHERCHE

Objectif principal :

Objectifs secondaires :

Méthodologie :

Type d'étude

Si besoin décrire la technique d'exploration ou de traitement (cf. Annexe 1)

Critères d'inclusion

Principaux critères d'exclusion

Critère de jugement principal

Hypothèses et Nb de sujets prévu

Résultats attendus

Apport original du projet par rapport aux travaux existants

Calendrier

Période de recrutement

Suivi

Recueil et analyse des données

➔ Avis du Comité de Protection des Personnes en Recherche Biomédicale (CPPRB)

Non justifié Prévu En cours Obtenu Le _____ à _____

➔ Avis de la commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL)

Non justifié Prévu En cours Obtenu Le _____ à _____

➔ Plan de financement

Nature	Type	Montant (HT)
Equipement biomédical		
Equipement informatique		
Consommable biomédical		
Consommable bureautique		
Vacations médicales		
Vacations autres		
Divers		

➔ **Co-financement :** Non Oui

Montant K€ Source :

➔ **Principaux partenaires du projet**

➔ **Faisabilité de l'étude**

Filière de recrutement

Estimation du nombre de patients potentiellement concernés par l'étude

Structures existantes pouvant favoriser la réalisation de l'étude :

ANNEXE

➔ Descriptif de la technique à évaluer ou autres compléments d'informations