

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en cardiomyopathie hypertrophique obstructive (QIIC)

Formulaire de demande

Titre du projet	
1. Renseignements sur le demandeur principal	
Nom	
Adresse de courriel <i>(Les communications concernant cette demande seront envoyées à cette adresse de courriel)</i>	
Autre adresse de courriel (s'il y a lieu) <i>(Les deux adresses de courriel seront utilisées pour communiquer avec le demandeur)</i>	
Titre	
Établissement	
Nom légal de l'établissement <i>(pour l'établissement du contrat et le versement des paiements)</i>	
Province	
2. Codemandeurs (s'il y a lieu) et membres de l'équipe	
Codemandeurs : Nom : Titre : Établissement : Adresse de courriel : Nom : Titre : Établissement : Adresse de courriel :	Autres membres de l'équipe : Nom : Titre : Établissement : Nom : Titre : Établissement :

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en cardiomyopathie hypertrophique obstructive (QIIC)

Formulaire de demande

3. Détails du projet (pas plus de 4 pages)

Besoin médical non comblé : Décrivez le problème que vous souhaitez résoudre et son impact. Décrivez le point de départ du projet, y compris les données quantitatives de base ou les mesures. Assurez-vous que le projet n'est pas un dédoublement d'autres projets ou d'autre matériel déjà élaborés ou accessibles gratuitement auprès d'autres centres.

Intervention proposée : Décrivez le projet proposé, y compris les objectifs mesurables et réalistes du projet. S'il fait partie d'un projet plus vaste bénéficiant de sources externes de financement ou de soutien, veuillez indiquer comment les fonds de BMS contribueront à soutenir un aspect unique du projet dans son ensemble.

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en cardiomyopathie hypertrophique obstructive (QIIC)

Formulaire de demande

Impact sur les patients : Décrivez les répercussions de votre intervention sur les soins aux patients souffrant de cardiomyopathie hypertrophique obstructive (p. ex. population cible, portée géographique, nombre de patients potentiellement touchés).

Contribution de l'équipe : Démontrez que vous avez l'expertise nécessaire pour mener à bien le projet en décrivant les membres de l'équipe et les personnes contribuant au projet.

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en cardiomyopathie hypertrophique
obstructive (QIIC)

Formulaire de demande

Risques et atténuation : Déterminez les principaux risques du projet et la manière dont ils seront atténués

Évaluation : Décrivez comment vous allez évaluer/quantifier le succès de votre intervention.

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en cardiomyopathie hypertrophique obstructive (QIIC)

Formulaire de demande

Transférabilité : Décrivez comment les résultats du projet seront diffusés et l'impact que ce projet pourrait avoir sur d'autres centres, équipes de soins ou hôpitaux.

Renseignements supplémentaires (facultatifs) : Notez tout renseignement supplémentaire que BMS devrait connaître pour l'examen de ce projet.

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en cardiomyopathie hypertrophique obstructive (QIIC)

Formulaire de demande

4. Échéanciers du projet : *Ne documentez que les étapes critiques du projet et les échéanciers approximatifs associés. Présumez que septembre 2023 est la date de début du projet. Les projets doivent être complétés dans un délai de 1 an.*

Étape / action clé	Échéancier (mois/année)

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en cardiomyopathie hypertrophique obstructive (QIIC)

Formulaire de demande

6. Autorisation de la direction du département : *Certains projets d'amélioration de la qualité peuvent exiger que des membres de l'équipe contribuent au projet en plus de leurs tâches habituelles. La viabilité à long terme d'un projet peut également nécessiter l'appui de la direction du département. Veuillez obtenir la confirmation que le projet respecte les priorités de l'établissement.*

Plan de durabilité : *Veuillez décrire votre plan de durabilité, en particulier si un financement à long terme est nécessaire.*

Confirmation du chef du département/du service/de l'unité

Nom du chef de département	Département	Signature

Signature du demandeur principal : _____ Date: _____

Pour obtenir de l'aide concernant le formulaire de demande ou pour transmettre votre demande dûment remplie, veuillez contacter :

Stephanie Corriveau, PhD
Conseillère scientifique, Portefolio Cardiovasculaire
QIICardio@BMS.com