

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en immuno-oncologie sous-cutanée (QI3-SC)

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 immuno-oncologie sous-cutanée (QI3-SC)

Formulaire de demande

3. Détails du projet (si vous rencontrez des difficultés avec le formulaire PDF, svp envoyer un courriel à Caroline Rousseau, QI3@BMS.com pour recevoir un formulaire Word)

Besoin médical non comblé : Décrivez le problème que vous souhaitez résoudre et son impact (ex. contrainte spécifique en matière de ressources en soins de santé). 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 la transformation du flux de travail proposée, 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 immuno-oncologie sous-cutanée (QI3-SC)

Formulaire de demande

***Impact sur les patients :** Décrivez les répercussions de votre transformation de flux de travail sur les soins aux patients traités par des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire **sous-cutanés** (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 cette transformation de flux de travail en décrivant les membres de l'équipe et les personnes contribuant au projet.*

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

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en immuno-oncologie sous-cutanée (QI3-SC)

Formulaire de demande

***Évaluation :** Décrivez comment vous allez évaluer/quantifier le succès de votre transformation de flux de travail.*

***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.*

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en immuno-oncologie sous-cutanée (QI3-SC)

Formulaire de demande

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

4. Échéanciers du projet : Ne documentez que les étapes critiques du projet et les échéanciers approximatifs associés. Présumez que janvier 2025 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 immuno-oncologie sous-cutanée (QI3-SC)

Formulaire de demande

5. Proposition de budget : Entrez les détails du budget demandé. Précisez le titre de poste et le temps requis, s'il y a lieu. Incluez les frais généraux dans le montant total demandé.		
Élément	Détail	Montant estimé en dollars
EXEMPLE - Chef de projet	40 h/mois x 3 mois = 120 h x 80 \$/h	9 600 \$
EXEMPLE - Traduction	10 h	1 000 \$
SOUS-TOTAL		
FRAIS GÉNÉRAUX (OVERHEAD)	Précisez le pourcentage	
MONTANT TOTAL DEMANDÉ (y compris les frais généraux)		

Initiative d'amélioration de la qualité des soins en immuno-oncologie sous-cutanée (QI3-SC)**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 :

Caroline Rousseau, PhD
Conseillère scientifique, Immuno-oncologie
QI3@BMS.com