**COMITÉ D’ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE –
LISTE DE CONTRÔLE DES RESSOURCES**

Veuillez remplir les informations suivantes et, une fois que vous aurez obtenu les signatures appropriées, soumettez ce document accompagné de votre demande au bureau du CÉR.

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMÉRO DU CÉR :** Cliquez ici pour saisir du texte**CHERCHEUR PRINCIPAL :** Cliquez ici pour saisir du texte**TITRE DU PROTOCOLE :** Cliquez ici pour saisir du texte | **DATE :** Cliquez ici pour saisir une date**DATE DE LA VERSION ACTUELLE DU PROTOCOLE :** Cliquez ici pour saisir une date**NUMÉRO DE LA VERSION ACTUELLE DU PROTOCOLE :** Cliquez ici pour saisir du texte**NUMÉRO DE LA VERSION ACTUELLE DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :** Cliquez ici pour saisir du texte |

1. **RESSOURCES CLINIQUES**

***Est-ce que l’une ou plusieurs des ressources hospitalières suivantes seront utilisées au-delà de ce qui serait normalement requis pour les soins cliniques habituels des patients/clients du Royal ?***

Si vous répondez « oui » pour l’une des ressources énumérées dans le tableau ci-dessous, indiquez les tests/examens applicables dans la colonne prévue à cet effet.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Domaine clinique** | **Oui** | **Non** | **Liste des tests/examens requis** |
| Pharmacie |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Laboratoire |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Radiologie |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Électroencéphalographie |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Autre : Cliquez ici pour saisir du texte |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |

1. **SOUTIEN CLINIQUE ET ADMINISTRATIF SUPPLÉMENTAIRE**

***Aurez-vous besoin de ressources ou de soutien supplémentaires au-delà de ce qui est attendu dans le cadre des soins cliniques habituels des patients/clients dans les domaines suivants? (Cochez tous les choix qui s’appliquent.)***

Si vous répondez « oui » pour l’une des ressources énumérées dans le tableau ci-dessous, expliquez la nature de l’utilisation des ressources dans la colonne prévue à cet effet.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ressource requise** | **Oui** | **Non** | **Explication** |
| Soins infirmiers |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Ergothérapie |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Psychologie |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Récréothérapie |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Archives cliniques |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Travail social |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Diététique/nutrition |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |
| Autre soutien administratif |[ ] [ ]  Cliquez ici pour saisir du texte |

**RAPPEL**

Si la subvention couvre les frais de recherche engagés par l’hôpital, veuillez indiquer la source de la subvention dans l’espace ci-dessous. Vous devez également joindre un budget détaillé à votre demande soumise au CÉR.

1. **SIGNATURES**

Signatures pour l’obtention de ressources

Les signatures applicables sont nécessaires lorsque les activités de recherche affecteront l’utilisation des ressources cliniques ou le soutien administratif. Veuillez fournir une copie du protocole ou un bref résumé de la façon dont la recherche affectera chaque domaine au signataire afin qu’il soit au courant des ressources requises pour votre étude.

Confirmation de l’utilisation des ressources

Veuillez cocher tous les domaines qui s’appliquent et obtenir les signatures requises.

[ ]  **Laboratoire, imagerie médicale, électrocardiogramme, électroencéphalographie**

**Lisa Kis (CSMRO)** Courriel : Lisa.Kis@theroyal.ca Téléphone : poste 6968

**Emily Deacon (CSMRO, CSMB)** Courriel : Emily.Deacon@theroyal.ca Téléphone : poste 6774

Nom : Cliquez ici pour saisir du texte Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature : Cliquez ici pour saisir une date

[ ]  **Soins infirmiers**

**Billie Pryer (CSMRO)** Courriel : Billie.Pryer@theroyal.ca Téléphone : poste 6060

Nom : Cliquez ici pour saisir du texte Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature : Cliquez ici pour saisir une date

[ ]  **Archives cliniques**

**Colleen Gemmell (CSMRO, CSMB)** Courriel : Colleen.Gemmell@theroyal.ca Téléphone : poste 6328

Nom : Cliquez ici pour saisir du texte Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature : Cliquez ici pour saisir une date

[ ]  **Pharmacie**

**Tabitha Burta (CSMRO, CSMB)** Courriel : Tabitha.Burta@theroyal.ca Téléphone : poste 6723

Nom : Cliquez ici pour saisir du texte Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature : Cliquez ici pour saisir une date

[ ]  **Autre :**

**Nom :** Cliquez ici pour saisir du texte Courriel : Cliquez ici pour saisir du texte Téléphone : poste

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature : Cliquez ici pour saisir une date

1. **APPROBATION ADMINISTRATIVE**

Vous devez obtenir une approbation administrative pour obtenir les ressources nécessaires. Si le signataire administratif est le chercheur principal ou co-chercheur de l’étude, vous devez obtenir la signature d’un autre membre de la direction (p. ex. : président et chef de la direction de l’IRSM, chef de l’exploitation, etc.)

**Signatures requises :**

**Chercheur principal**

Nom : Cliquez ici pour saisir du texte Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature : Cliquez ici pour saisir une date

**Directeur de l’unité de recherche**

Nom : Cliquez ici pour saisir du texte Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de signature : Cliquez ici pour saisir une date

***Veuillez conserver une copie de ce formulaire rempli dans votre dossier d’étude.***