



Fondation des infirmières et infirmiers du Canada

PARTENARIATS POUR LA RECHERCHE SUR LES SOINS INFIRMIERS FICHE DE COLLECTE DES DONNÉES

Veillez remplir la fiche de collecte des données à votre ordinateur et l'envoyer par courriel trois semaines avant la date limite de soumission des propositions à info@cnf-fic.ca.

I. PARTENAIRE DE FINANCEMENT

Partenaire de financement : _____

II. PROJECT

Titre du projet : _____

Emplacement de la recherche : Province : _____ Territoire : _____

Date prévue de début du projet (MM/AAAA) : _____

Date prévue de fin du projet (MM/AAAA) : _____

Date du rapport d'étape (1 an après la date de début du projet) : _____

Date du rapport final (dans les 6 mois suivant l'achèvement du projet) : _____

Cadre de la recherche : accute Non-accute

Cadre de la recherche (nom de l'organisme et catégorie – p. ex. soins de longue durée, soins de courte durée, éducation, etc.) :

Nom de l'organisme	Catégorie

Quel sera l'impact (direct ou indirect) vraisemblable du projet sur la pratique infirmière ?

III. BUDGET

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année (s'il y a lieu)	3 ^{ème} année (s'il y a lieu)
Budget total du projet			
Part du financement assumée par la FIIC/PPRSI*			

*Jusqu'au 1/3 du coût total du projet per année

IV. Équipe

Équipe du projet : soins infirmiers seulement interdisciplinaire

Si l'équipe est interdisciplinaire, veuillez préciser les disciplines impliquées:

<input type="checkbox"/>	Médecine	<input type="checkbox"/>	Soins infirmiers	
<input type="checkbox"/>	Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	Autre, précisez:	_____
<input type="checkbox"/>	Psychologie			

Chercheur(s) travaillant en milieu clinique : OUI NON

Veuillez identifier : _____

Décideur principal ou co-principal : OUI NON

Veuillez identifier : _____

Chercheur principal avec expérience de 5 ans ou plus : OUI NON

Veuillez identifier : _____

Le projet fait-il intervenir des chercheurs novices ? OUI NON

Veuillez identifier : _____

Chercheur(s) Principal(aux)

Prénom, Nom de famille et titres de compétence : _____

Organisme : _____

Poste : _____

Adresse postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Est-ce le(a) chercheur(euse) principal(e) infirmier(ère) : OUI NON

Numéro d'années d'expérience : _____

Est-ce que le(a) chercheur(euse) principal(e) fait des recherches post-doctorales : OUI NON

Prénom, Nom de famille et titres de compétence :

Organisme :

Poste :

Adresse postal :

Numéro de téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Est-ce le(a) chercheur(euse) principal(e) infirmier(ère) : OUI NON

Numéro d'années d'expérience :

Est-ce que le(a) chercheur(euse) principal(e) fait des recherches post-doctorales : OUI NON

Co-chercheur(s)

Prénom, Nom de famille et titres de compétence :

Organisme :

Poste :

Adresse postal :

Numéro de téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Est-ce le(a) co-chercheur(euse) infirmier(ère) : OUI NON

Numéro d'années d'expérience :

Est-ce que le(a) co-chercheur(euse) fait des recherches post-doctorales : OUI NON

Prénom, Nom de famille et titres de compétence :

Organisme :

Poste :

Adresse postal :

Numéro de téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Est-ce le(a) co-chercheur(euse) infirmier(ère) : OUI NON

Numéro d'années d'expérience :

Est-ce que le(a) co-chercheur(euse) fait des recherches post-doctorales : OUI NON

Prénom, Nom de famille et titres de compétence :

Organisme :

Poste :

Adresse postal :

Numéro de téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Est-ce le(a) co-chercheur(euse) infirmier(ère) : OUI NON

Numéro d'années d'expérience :

Est-ce que le(a) co-chercheur(euse) fait des recherches post-doctorales : OUI NON

Prénom, Nom de famille et titres de compétence :

Organisme :

Poste :

Adresse postal :

Numéro de téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Est-ce le(a) co-chercheur(euse) infirmier(ère) : OUI NON

Numéro d'années d'expérience :

Est-ce que le(a) co-chercheur(euse) fait des recherches post-doctorales : OUI NON

*S'il y a plus de collaborateurs, ajouter les renseignements relatifs aux autres en utilisant le même format