**

**APPEL A PROJETS RECHERCHE 2024**

*Proposé par la Filière Nationale de Santé ORKiD*

La Filière ORKiD propose à tous ses acteurs (médecins, paramédicaux, chercheurs, …) un appel à projets qui concerne le **:**

**Soutien à 10 projets de** **recherche clinique, fondamentale ou translationnelle** **dans le domaine des maladies rénales rares**

Après analyse par des experts néphrologues pédiatres et adultes de la filière ORKiD, les **10 projets** **retenus** se verront attribuer un **financement maximal de 15 000€ TTC**.

**MODALITES DE DEPOT DES PROJETS**

* **Etape 1 :** Envoi de la lettre d’intention (Annexe 1) avant le **vendredi** **25 octobre 2024 à minuit** par email à Nabila MOUSSAOUI moussaoui.n@chu-toulouse.fr avec en copie contact@filiereorkid.com
* **Etape 2 :** Envoi du dossier complet (Annexe 2) avant le **vendredi 22 novembre 2024 à minuit** par email à Nabila MOUSSAOUI moussaoui.n@chu-toulouse.fr avec en copie contact@filiereorkid.com

 *Un email de confirmation vous sera adressé après réception des éléments.*

Les résultats de cet appel à projets sont prévus pour le **lundi** **13 janvier 2025**, après étude des dossiers par les experts de la Filière ORKiD.

**Critères d’éligibilité des candidats**

Les candidats éligibles à cet appel à projets :

* Les membres des Centres de Compétence et de Référence de la Filière ORKiD.
* Les membres des laboratoires partenaires de la Filière ORKiD dont le projet est en partenariat avec un clinicien du réseau ORKiD.
* Le porteur principal du projet, s’il est médecin, doit être âgé de moins de 45 ans.

**ANNEXE 1 – Lettre d’intention**

Envoi de la lettre d’intention avant le **vendredi 25 octobre 2024 à minuit** par email à
Nabila MOUSSAOUI moussaoui.n@chu-toulouse.fr avec en copie contact@filiereorkid.com

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |
| **Résumé du projet** |  |
| **Porteur principal du projet** | NOM : Prénom : Mail : Fonction :  |
| **Etablissement de rattachement** |  |

|  |
| --- |
| **Liste de toutes les parties prenantes au projet***(Le but est d’éviter les conflits d’intérêt avec le jury qui sera désigné)* |
| **NOM Prénom** | **Email** | **Etablissement de rattachement** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Date, signature et nom du responsable du projet**

Date :

Nom du responsable du projet :

Signature :

**ANNEXE 2 – Dossier complet**

Envoi du dossier complet avant le **vendredi 22 novembre 2024 à minuit** par email à
Nabila MOUSSAOUI moussaoui.n@chu-toulouse.fr avec en copie contact@filiereorkid.com

1. Dossier administratif

### Identification du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |
| **Objectif principal du projet** |  |
| **Durée du projet en mois (24 mois maximum)** |  |

### Porteur de projet

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM Prénom** |  |
| **Fonction** |  |
| **Email** |  |
| ❑ **Service** ❑ **Unité de recherche**❑ **Encadrant éventuel** |  |
| **Adresse de correspondance** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Discipline médicale (si applicable)** |  |

### Partenaires & parties prenantes (si projet collaboratif)

|  |
| --- |
| **Liste des partenaires** |
| **N°** | **NOM Prénom (du responsable du projet)** | **Email** | ❑ **Service**❑ **Unité de recherche**❑ **Encadrant éventuel** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Dossier scientifique

|  |
| --- |
| **Contexte** *(1500 mots maximum)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectif principal (et objectifs secondaires, si applicable)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Méthodes :****Détaillez les principaux éléments méthodologiques** |
|  |

|  |
| --- |
| **Résultats espérés et perspectives** |
|  |

|  |
| --- |
| **Bibliographie (20 références maximum pour les projets de recherche)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Calendrier prévisionnel et étapes clés** **(durée de 24 mois maximum)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Indicateurs de suivi et d’évaluation** |
|  |

1. Dossier financier

### Détails de l’utilisation du budget de 15 000€ (outils éducatifs ou d’information : petit matériel, impression, réactifs de laboratoire…)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type de prestation** | **Coût TTC** | **Prestataire** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Total € TTC :** |  |  |

**Date, signature et nom du responsable du projet**

Le …………………………

Nom du responsable du projet …………………………………………

Signature