

Aspects signalétiques	
<b>Candidat :</b>	
<b>Service hospitalier:</b>	<b>Laboratoire d'accueil :</b>
<b>Nom de l'expert :</b>	<b>Date de l'expertise :</b>

**Titre du projet:**

Aspects administratifs			
<b>▪ Demande s'inscrivant dans le cadre :</b>			
d'un master	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
d'un doctorat	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
autre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	(à préciser)
<b>▪ Projet réalisé dans le cadre :</b>			
d'une mobilité	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
d'une année recherche	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
autre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	(à préciser)
<b>▪ Demande de financement « Prix du Collège » pour :</b>			
Mener la recherche	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	En totalité <input type="checkbox"/> partiellement <input type="checkbox"/>
Compenser une perte de salaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Autre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	(à préciser)

**Autres demandes de financement déposées pour le présent projet : Oui  Non**

**Si oui, préciser :**

- Libellé :
- Date de dépôt :

Qualité du projet					
	Très bon A	Bon B	Moyen C	Faible D	Sans objet
▪ Pertinence de l'étude					
▪ Justification de l'étude					
▪ Formulation des objectifs (principal, secondaires)					
▪ Critères de jugement					
▪ Déroulement de l'étude					
▪ Adéquation de la méthodologie aux objectifs					
▪ Faisabilité du protocole (contexte/durée/organisation/budget))					
▪ Considérations éthiques					
▪ Originalité des résultats attendus pour la spécialité ORL					
▪ Utilité des résultats attendus pour les malades et la spécialité ORL					
▪ Bibliographie					

### Éléments complémentaires de jugement du projet

▪ Lettre(s) de recommandation du Chef de Service	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
▪ Lettre(s) de recommandation du Directeur du Laboratoire d'accueil	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
▪ Profil hospitalier et/ou universitaire du candidat	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>
▪ Revue visée pour publication : réaliste	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans objet <input type="checkbox"/>

### Aspects réglementaires pour une recherche clinique

▪ Relève de la loi Jardé (CPP)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ A reçu un avis favorable du CPP (confirmation jointe)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ A reçu un avis favorable de la DRCl (confirmation jointe)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
▪ A été expertisé par un méthodologiste	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

### Commentaires

*les données de cette fiche d'évaluation doivent être argumentées dans votre rapport*