

FORMULAIRE DE SOUMISSION

Coordonnées :

Nom du chercheur : Coordonnées : Courriel : Téléphone :	Nom du/des chercheur(s) associé(s) (facultatif) :
--	---

Court résumé des principaux champs d'intérêt en recherche (250 mots maximum, ou court CV à annexer) :

Projet de recherche :

Titre :

Hypothèses :

Objectifs :

Durée et date proposées du projet :

Méthodologie du projet :

Source de financement :

Approbation éthique du projet :

L'approbation éthique a été jointe à la présente demande.

Établissement ou organisme responsable :

Établissement / organisme :	<input type="checkbox"/> Centre de recherche sur le vieillissement <input type="checkbox"/> Centre de recherche du CHUS <input type="checkbox"/> Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux <input type="checkbox"/> Université de Sherbrooke (<i>précisez le groupe de recherche ou la faculté</i>) Groupe / Faculté : <input type="checkbox"/> Université Bishop's (<i>précisez le groupe de recherche ou la faculté</i>) Groupe / Faculté : <input type="checkbox"/> Chercheur indépendant <input type="checkbox"/> Chercheur hors Estrie (<i>précisez le lien avec des chercheurs estriens</i>) Lien:
-----------------------------	---

Questions soumises :

Question principale ou sous-question <i>Inclure le choix de réponse (R) pour les questions fermées. Il est préférable de proposer des questions fermées ou semi-ouvertes. Indiquer (+1) si plus d'un choix est possible. Au besoin, pour éviter les réponses erronées, indiquer une règle de validation (RV).</i>	Type		Groupe d'âge visé				
	Principale	Sous-question	18 ans et plus	18-64 ans	65 ans et plus	Parents avec enfants mineurs	Autres (précisez)
<i>Ex. : Q1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu le vaccin contre la grippe? R1. Oui / Non / Ne sait pas / Refus</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ex. : Q2. Avez-vous subi une blessure limitant vos activités quotidiennes pendant une activité physique ou sportive? R2. Oui (Q3) / Non / Ne sait pas / Refus</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ex. : Q3. Quel genre d'activité étiez-vous en train de pratiquer lorsque la blessure est survenue? (+1) R3. Sport de groupe / Sport individuel / Transport actif / Ne sait pas / Refus</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Utilisez la page suivante si nécessaire.*

<i>Question principales ou sous-question</i> <i>Inclure le choix de réponse (R) pour les questions fermées.</i> <i>Il est préférable de proposer des questions fermées ou semi-ouvertes.</i> <i>Indiquer (+1) si plus d'un choix est possible.</i> <i>Au besoin, pour éviter les réponses erronées, indiquer une règle de validation (RV).</i>	Type		Groupe d'âge visé					
	Principale	Sous-question	18 ans et plus	18-64 ans	65 ans et plus	Parents avec enfants mineurs	Autres (précisez)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pertinence des questions :

Justification de la pertinence des questions proposées (500 mots maximum, au moins une référence scientifique à l'appui) :

Qualité des questions :

Justification de la qualité des questions proposées (500 mots maximum, au moins une références scientifiques à l'appui) :

Variabilité attendue :

Précisez vos hypothèses concernant la variabilité anticipée du phénomène étudié selon les variables du profil des répondants (500 mots maximum, au moins une références scientifiques à l'appui) :

Retombées anticipées post-enquête :

Opportunité d'agir ou retombée potentielle pour le chercheur et les intervenants en santé publique (maximum 500 mots) :