**Formulaire appel à projets de recherche de la Ligue pulmonaire genevoise**

Bénéficiaires :

L’investigateur principal doit travailler sur le Canton de Genève. L’étude doit se dérouler sur le Canton de Genève ; le soutien à des études multicentriques sera discuté de cas en cas.

Domaines de recherche :

L’étude doit cibler les maladies respiratoires, avec une préférence pour des travaux concernant les champs d’activité de la LPGE : tuberculose, insuffisance respiratoire, troubles respiratoires pendant le sommeil, asthme, enseignement thérapeutique, hypertension pulmonaire, épidémiologie des affections respiratoires, maladies respiratoires et poumon.

Les dossiers soumis peuvent concerner des travaux cliniques ou des travaux de recherche fondamentale, pour autant que le but de l’étude ait une utilité clinique explicite, dans le champ des maladies respiratoires.

Restrictions :

Le financement de l’étude est conditionné par l’acceptation préalable du protocole par la commission d’éthique du département concerné, accord dont une copie écrite devra être transmis à la LPGE. Le projet ne doit pas avoir été parallèlement soutenu par le fonds de recherche central de la Ligue pulmonaire suisse.

Délai pour le dépôt du dossier :

31 mars 2024

Le dossier doit contenir :

* Formulaire de demande de fonds complété et signé
* Description détaillée du projet
* Budget détaillé
* CV et liste des publications du requérant

**Un exemplaire doit être envoyé en format PDF à l’adresse :** **direction@lpge.ch**

**Deux exemplaires en format papier à :**

Ligue pulmonaire genevoise

Direction

Rue de Carouge 24

1205 Genève

Pour tout renseignement complémentaire, merci d’envoyer un mail à :

**direction@lpge.ch**

|  |
| --- |
| **Requérant** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Requérant principal | Nom |  |
|  | Prénom |  |
| Fonction HUG |  |
| *Unité* |  |
| *Service* |  |
| *Département HUG* |  |
| Rang académique |  |
| *Département universitaire* |  |
|  |  |
| Email @ |  |
|  |  |
|  |  |  |
| Co-Requérants | Nom, Prénom*Service/Département HUG* |  |
| Nom, Prénom*Service/Département HUG* |  |
| Nom, Prénom*Service/Département HUG* |  |
|  |  |  |
| Chef(s) de Départements (HUG) concernés par le projet | Nom, Prénom*Département HUG* |  |
| Nom, Prénom*Département HUG* |  |
| Directeurs de Départements (FacMed)concernés par le projet | Nom, Prénom*Département Universitaire* |  |
| Nom, Prénom*Département Universitaire* |  |
|  |
| Subside(s) de la LPGe perçus précédemment  |  |
| Subside(s) en cours (dont Fonds National)  |  |

**Déclaration : Le/la soussigné(e) déclare que l'information soumise est précise et complète et qu’il/elle accepte les termes de l'appel à projets.**

***Date :***

***Signature du / Requérant principal :***

|  |
| --- |
| **Sujet de recherche** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Intitulé du projet : |  |  |
|  |
| Domaine médical dans lequel s’inscrit le projet : |
|  |
| Objectif principal : |
|  |
| Objectifs secondaires  (si applicable): |
|  |
| Résumé (executive summary) : |
|  |

|  |
| --- |
| **Budget** |

|  |  |
| --- | --- |
| Durée du projet : |  |
| Budget total du projet : |  |

**Joindre un budget détaillé**

|  |  |
| --- | --- |
| Montant sollicité à la LPGe: |  |
| * Equipement
 |  |
| * Consommables
 |  |
| * Autres
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Montant financé par les institutions hospitalo-universitaires: |  |
| Facilités mises à disposition par les institutions hospitalo-universitaires: |  |
| Autres sources de financements (merci de les nommer) |  |
| Montant financé par le FN (si applicable) |  |