

DEMANDE DE SUBVENTION D'ENCOURAGEMENT AUX CLINIQUES DE FIBROSE KYSTIQUE

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA DEMANDE

a) Nombre de copies

*Veillez faire parvenir le formulaire de demande dûment rempli, accompagné du budget, des renseignements statistiques et d'un rapport d'état d'avancement, à imcintosh@cysticfibrosis.ca. De plus, vous devez envoyer au siège social de Fibrose kystique Canada une copie papier du formulaire comprenant **les signatures originales**, avant la date limite.*

b) Date limite pour la remise des formulaires de demande

*Les formulaires de demande remplis et les documents à l'appui de la demande doivent être reçus au plus tard le **3 octobre**. **LES DEMANDES TARDIVES DONNERONT LIEU À UNE PÉNALITÉ ÉQUIVALENTE À 10 % DU MONTANT DE LA SUBVENTION; 10 % ADDITIONNELS SERONT AJOUTÉS À LA PÉNALITÉ POUR CHAQUE ANNÉE OÙ LA DEMANDE A ÉTÉ EN RETARD. CETTE PÉNALITÉ SERA DÉDUITE DES HONORAIRES DU DIRECTEUR DE LA CLINIQUE. LA DÉDUCTION QUI DÉPASSE LA VALEUR DES HONORAIRES DU DIRECTEUR SERA RETRANCHÉE DE LA SUBVENTION DE VOYAGE.***

c) Fonds reçus des groupes d'appui nationaux

Si un groupe d'appui national de Fibrose kystique Canada, tel que Kin Canada, remet des fonds directement à une clinique financée par Fibrose kystique Canada ou à la fondation d'un hôpital au nom de cette clinique, le Bureau de direction de Fibrose kystique Canada se réserve le droit de déduire un montant équivalent de la subvention d'encouragement accordée à cette clinique.

d) Établissements de soins combinés pour adultes et enfants

Les établissements qui offrent des soins à la fois aux adultes et aux enfants devraient soumettre une demande de subvention conjointe.

e) Cliniques itinérantes

*Normalement, les demandes qui seront évaluées sont celles provenant de cliniques qui subventionnent des programmes d'extension de services et qui desservent une grande région. Les cliniques qui désirent profiter de ces fonds devront présenter une description détaillée de leur programme d'extension de services, ainsi qu'une justification approfondie de la demande de fonds. **Veillez noter que ces fonds ne couvriront pas les frais de photocopie et de téléphone, ni les dépenses relatives à la production et à la distribution de brochures, etc.** Voir section C.2, Cliniques itinérantes.*

VEUILLEZ ENLEVER CETTE PAGE AVANT DE PHOTOCOPIER ET DE SOUMETTRE LE FORMULAIRE DE DEMANDE.

DEMANDE DE SUBVENTION D'ENCOURAGEMENT AUX CLINIQUES DE FIBROSE KYSTIQUE

Demande initiale Demande de renouvellement

A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Date _____

Nom de la clinique
ou de l'établissement _____

Ville et province _____

Par la présente, une demande de subvention d'encouragement aux cliniques FK est présentée pour la période du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2013; le montant demandé est de :

_____ \$ *Ce montant devrait être identique au MONTANT TOTAL
DEMANDÉ inscrit au sommaire budgétaire de la page 5 du
formulaire de demande.*

Nom et titre du directeur de la clinique FK* _____

Signature du directeur de la clinique FK _____

Téléphone _____ Télécopieur _____ Courriel _____

B. APPROBATION DE L'ÉTABLISSEMENT

a) Directeur du département chargé de l'administration et de la supervision :

Nom et titre : _____

Signature : _____

b) Dirigeant de l'établissement gérant la subvention :

Nom et titre : _____

Signature : _____

* Si le directeur de la clinique a été remplacé depuis la soumission de la demande précédente, veuillez fournir le *curriculum vitae* du nouveau directeur.

C. BUDGET PROPOSÉ (suite)

2. Clinique(s) itinérante(s)

*Normalement, les demandes qui seront évaluées sont celles provenant de cliniques qui subventionnent des programmes d'extension de services et qui desservent une grande région. Veuillez remplir les parties a) à g) pour chaque localité desservie; les pages additionnelles doivent être insérées à la suite de cette page-ci. **Veuillez noter que ces fonds ne couvriront pas les frais de photocopie et de téléphone, ni les dépenses relatives à la production et à la distribution de brochures, etc.***

a) Localité desservie _____

b) Genre de clinique Pédiatrie Adultes Les deux ensemble

c) Nombre de séances par année _____

d) Distance routière _____ X 37 ¢ le kilomètre = _____
 ou prix d'un billet de train ou d'avion _____

e) Nombre de personnes FK assistant à chaque séance* _____

f) Personnel/spécialistes de la clinique FK _____
 qui voyagent _____

g) Dépenses estimées pour chaque clinique :	Voyage	_____	\$
	Hébergement	_____	\$
	Repas	_____	\$
	Autres	_____	\$
		_____	\$
		_____	\$
	Total pour cette localité	_____	\$

Total partiel : clinique(s) itinérante(s) _____ \$

Autres sources de financement avec montants

* Veuillez justifier votre demande si le nombre de patients est inférieur à dix.

C. BUDGET PROPOSÉ (suite)

Politique en matière de remboursement des dépenses pour les cliniques itinérantes

Fibrose kystique Canada a adopté des lignes directrices concernant le remboursement des frais liés aux cliniques itinérantes. Il s'agit des frais de voyage, d'hébergement, de repas et certaines autres dépenses, mais des restrictions s'appliquent. Le remboursement maximal des repas et du kilométrage est ajusté périodiquement pour refléter les changements de tarifs.

Repas : Le remboursement des frais de repas est limité à 15 \$ pour le déjeuner, 15 \$ pour le dîner et 25 \$ pour le souper. Les frais de boissons alcoolisées ne peuvent pas être réclamés.

Hébergement : Fibrose kystique Canada remboursera les frais d'hébergement raisonnables. Aucune dépense personnelle facturée à la chambre, y compris le service à la chambre, le minibar, les appels téléphoniques et les films, ne peut être acceptée.

Voyage : Fibrose kystique Canada rembourse les dépenses occasionnées par des déplacements autorisés, en avion, en train ou en voiture, et effectués au nom de Fibrose kystique Canada. Pour les déplacements en voiture, le remboursement est établi à 37 ¢ le kilomètre, jusqu'à concurrence du tarif d'avion avec réservation anticipée le plus bas, tel qu'il s'applique aux dates prévues du déplacement. Le tarif de référence est celui d'un transporteur autre qu'une compagnie charter (p. ex. : Air Canada).

3. Voyages

Si possible, veuillez indiquer les réunions et les conférences spécifiques pour lesquelles vous demandez des fonds de voyage :

Réunion/conférence	Date	Montant demandé

Total partiel : voyages _____ \$

4. Sommaire budgétaire

Montant demandé pour les honoraires du directeur de la clinique	_____	\$
Montant de la subvention salariale demandée pour le personnel de la clinique	_____	\$
Montant demandé pour clinique(s) itinérante(s)	_____	\$
Montant demandé pour les voyages	_____	\$
MONTANT TOTAL DEMANDÉ	_____	\$

Le MONTANT TOTAL DEMANDÉ devrait être identique au montant inscrit à la page 1 du formulaire de demande.

LES SUBVENTIONS OCTROYÉES PAR FIBROSE KYSTIQUE CANADA POUR LES PROGRAMMES DE RECHERCHE ET DE SOINS CLINIQUES NE SONT PAS DESTINÉES À COUVRIR LES FRAIS GÉNÉRAUX ET LES COÛTS INDIRECTS ENGAGÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS POUR CES PROGRAMMES.

C. **BUDGET PROPOSÉ** (suite)

5. **Justification budgétaire**

*Veillez fournir tous les renseignements additionnels à l'appui des demandes de fonds présentées ci-haut. **Veillez noter qu'il faudrait chercher à faire payer les salaires de tous les employés par l'établissement parrain, qui est financé par le gouvernement.** Par conséquent, toutes les demandes de subventions salariales devraient être justifiées. Les cliniques qui cherchent à obtenir des fonds pour clinique(s) itinérante(s) devraient fournir une description détaillée de leur programme d'extension de services et de toute initiative pour laquelle des fonds sont demandés. Vous pouvez utiliser des pages additionnelles, qui doivent être annexées à la suite de celle-ci.*

E. RENSEIGNEMENTS STATISTIQUES

Type de clinique Pédiatrique Adultes Les deux ensemble

Données sur les patients (*les patients devraient être dénombrés uniquement par leur clinique principale*)

a) Nombre total de patients inscrits **AU 1^{ER} JANVIER** _____

b) Nombre de ces patients qui ont refusé de donner leur consentement pour le RCDP _____

Activité de la clinique

c) Nombre d'études cliniques auxquelles votre clinique a participé l'année dernière _____

Échantillonnage microbiologique

d) Nombre total d'échantillons du complexe *Burkholderia cepacia* envoyés au laboratoire de recherche et conservatoire canadien du complexe *Burkholderia cepacia* pour le typage de diagnostic clinique (entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010) _____

F. PROGRAMME DE VISITES D'ACCRÉDITATION DES CLINIQUES

Les cliniques qui ont fait l'objet d'une inspection depuis leur dernière demande de subvention doivent fournir leurs commentaires sur le rapport de la visite et les recommandations qu'il contient; les pages additionnelles doivent être insérées à la suite de cette page-ci.

G. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Un compte rendu détaillé portant sur les points énumérés ci-dessous devrait être annexé à la demande. Le nom de l'auteur du rapport et la période visée par ce rapport devraient être clairement indiqués.

1. Programme de soins aux patients

a) Vue d'ensemble

Dans cette section, on doit signaler tous les changements qui ont été apportés aux installations, au personnel, aux politiques d'admission, aux méthodes de traitement et à la médication, et indiquer les activités qui ont été tenues à la clinique (p. ex., journées d'information sur la FK) ainsi que tous les autres développements d'intérêt spécial survenus depuis la date de la dernière demande de subvention.

b) Relations de coopération

Décrivez les relations de coopération qui existent actuellement ainsi que tout effort déployé en vue d'établir ou d'améliorer les relations avec :

- les autres départements du centre médical
- les autres hôpitaux de la communauté
- les médecins de famille de la communauté ou de la région
- les organismes privés et gouvernementaux
- les sections locales de Fibrose kystique Canada
- autres

c) Programmes spéciaux

Décrivez tout programme spécial qui n'aurait pas été traité dans ce rapport et qui concerne les soins aux patients.

2. Programme de recherche

a) Recherches scientifiques et cliniques de base

- terminées depuis la dernière demande de subvention
- dans le cadre de nouveaux projets entrepris depuis la dernière demande de subvention
- en cours (fournir un bref compte rendu)
- discontinuées (en fournir la raison)
- planifiées pour l'année à venir

b) Appui au programme FK

Fournissez un aperçu de toutes les subventions obtenues ou demandées depuis la dernière demande de subvention (sources de financement extérieures à Fibrose kystique Canada). Indiquez la source de financement, le montant, la période de subvention et fournissez une brève description du projet.

G. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES (suite)**3. Publications**

Veillez indiquer les références complètes pour toutes les publications relatives à la fibrose kystique qui ont été réalisées par le personnel et le directeur de la clinique au cours de l'année ainsi que pour tous les manuscrits sous presse ou en voie de préparation.

4. Enseignement

a) Activités de formation systématique

- d'ordre professionnel (p. ex., internat, résidence, soins infirmiers, physiothérapie)
- de vulgarisation (p. ex., cours pour parents FK)

b) Autres programmes

- participation aux réunions, conférences et séminaires, et présentation de communications
- utilisation ou mise au point de matériel visuel (p. ex., films, montages)
- préparation de nouveaux documents éducatifs (p. ex., manuels pour les médecins, les parents)
- accueil des médecins en visite
- autres programmes éducatifs

5. Sommaire

Veillez inclure tous les renseignements additionnels qui décriront davantage le programme FK de la clinique. Vous pouvez élaborer sur les besoins du programme et sur son efficacité, sur les problèmes éprouvés au cours de l'année ainsi que sur les secteurs à développer. Vous pouvez également inclure des observations médicales d'intérêt spécial.