

### Informations générales

---

Vous pouvez faire une demande d'octroi à la Fondation **en tout temps**.

À titre d'exemple, il peut s'agir d'une bourse, d'une activité de formation, de l'acquisition de matériel ou d'équipement, d'un projet de recherche ou d'aménagement de locaux.

La Fondation met à la disposition du demandeur une ressource professionnelle pour le conseiller ou le supporter dans ses démarches de sollicitation.

### Critères d'admissibilité

---

Les demandes doivent être conformes à la mission de la Fondation et à celle du CHU de Québec :

- améliorer la qualité des soins,
- favoriser l'humanisation des soins,
- demeurer à la fine pointe des technologies,
- contribuer à l'enseignement et/ou à la recherche.

**Les demandes liées à des intérêts personnels ou d'entreprises sont irrecevables.**

Les demandes liées à des dépenses administratives de fonctionnement ne peuvent être considérées à moins d'ententes particulières.

### Étapes relatives à l'attribution des octrois par la Fondation

---

- Dépot du formulaire signé par le chef de service, de département ou d'unité de soins au bureau de la Fondation du CHU de Québec à l'Hôpital Saint-François d'Assise, local E1-150. (Si le projet concerne l'acquisition d'un équipement et/ou un aménagement) complétez les 2 premières parties de l'annexe 1 (DEM)
- Pour compléter la demande, obtention des signatures nécessaires par la Fondation (Annexe 2).
- Montage financier par la Fondation en collaboration avec le demandeur, s'il y a lieu.
- Acceptation de la demande par la Fondation.
- Envoi de la lettre d'acceptation d'octroi par la Fondation.
  
- Achat de l'équipement ou aménagement du projet par le centre hospitalier, s'il y a lieu.

---

Pour obtenir de plus amples informations, communiquez avec Nathalie Noël, coordonnatrice aux octrois, au numéro 418 525-4385 ou par courriel à l'adresse suivante : [nathalie.noel@chuq.qc.ca](mailto:nathalie.noel@chuq.qc.ca).

Reçu le : \_\_\_\_\_ Numéro d'octroi : \_\_\_\_\_

### Informations générales

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

No. de téléphone : \_\_\_\_\_ Télév. : \_\_\_\_\_

Dépt./service/unité : \_\_\_\_\_ Local : \_\_\_\_\_

Site :  CHUL  HEJ  HSFA  L'HDQ  HSS

Autre site : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Direction concernée : \_\_\_\_\_

#### Type de demande :

- Achat d'équipement médical     Aménagement (**compléter les deux premières parties de l'annexe 1 (DEM)**)  
 Fourniture non-médicale     Formation     Recherche clinique     Humanisation des soins

**Brève description** (objectifs poursuivis, clientèle, liste des besoins, etc.) - *Joindre documents pertinents*

---



---



---



---

Coût de la demande : \_\_\_\_\_ \$ Incluant taxes :  Oui  Non

**Pour les demandes incluant des frais de remboursement, veuillez communiquer avec la Fondation pour obtenir le formulaire de demande de remboursement de frais.**

### Financement de la demande

#### Fonds spécifiques utilisés :

	\$	<input type="checkbox"/> HSFA	<input type="checkbox"/> CHUL	<input type="checkbox"/> L'HDQ
		<input type="checkbox"/> HSS	<input type="checkbox"/> HEJ	<input type="checkbox"/> CHU
	\$	<input type="checkbox"/> HSFA	<input type="checkbox"/> CHUL	<input type="checkbox"/> L'HDQ
		<input type="checkbox"/> HSS	<input type="checkbox"/> HEJ	<input type="checkbox"/> CHU

Autres sources : \_\_\_\_\_ \$

La demande a besoin de financement :  Oui  Non Précisez : \_\_\_\_\_

### Signature

Avant d'expédier votre demande, assurez-vous d'obtenir la signature exigée :

**Chef de service, de département ou d'unité de soins :** \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



**DEMANDE DE REMPLACEMENT, REHAUSSEMENT, CONSOLIDATION OU DÉVELOPPEMENT D'ÉQUIPEMENT MÉDICAL SPÉCIALISÉ**  
**DEMANDE DE REMPLACEMENT D'ÉQUIPEMENT MÉDICAL SPÉCIALISÉ EN SITUATION D'URGENCE**

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES		
	Service ou département	Nom de la personne
Requérant / Utilisateur		
Chef de département / service clinique		
Direction concernée		
Hôpital		Code budgétaire

IDENTIFICATION DU PROJET				
Type de projet :	<input type="checkbox"/> Remplacement	<input type="checkbox"/> Rehaussement	<input type="checkbox"/> Consolidation	<input type="checkbox"/> Développement
Catégorie d'équipement :	<input type="checkbox"/> Médical	<input type="checkbox"/> Non médical et mobilier pour demande à la Fondation		
<b>Description de l'équipement demandé</b> : (avec une liste des applications, logiciels, composantes, fonctionnalités, options, accessoires, etc.)				
<b>Numéro d'inventaire ou identification de l'équipement à être remplacé ou rehaussé</b> (marque, modèle, localisation, etc.)				
Coût d'acquisition de l'équipement	Coûts de fonctionnement additionnels			Budget d'immobilisation (aménagement, rénovations, construction, etc.)
	Fournitures	Ressources humaines	Entretien	
	\$	\$	\$	\$

**JUSTIFICATIONS ou joindre l'avis de mise hors service** (faire état des points suivants : volumes d'activité, avis de fin de vie utile, qualité des résultats, quantité de résultats, rapidité d'obtention des résultats, précision des résultats, disponibilité, coûts unitaires, stockage limité des données, pertes de données, longueur des examens, délais d'attente, normes, etc.)

VALIDATION ET IMPACTS (section à remplir par le Service-conseil de génie biomédical)				
Coût d'acquisition de l'équipement	Coûts de fonctionnement additionnels			Budget d'immobilisation (aménagement, rénovations, construction, etc.)
	Fournitures	Ressources humaines	Entretien	
	\$	\$	\$	\$
Commentaires (coûts, budget, installation, prévention des infections et retraitement, radioprotection, sécurité informationnelle, archivage, etc.)				

Validé par (ingénieur au SCGBM) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pour les demandes de financement à la Fondation du CHU de Québec, la direction responsable du service demandeur devra s'engager à absorber, au sein des budgets de sa direction, les coûts récurrents de \_\_\_\_\_ \$ et à signer cet engagement sur le formulaire de la Fondation.

L'adjoint au DST confirme que ce projet d'acquisition d'équipement médical ne comporte aucun coût d'immobilisation ni de coût de fonctionnement additionnel significatif. Par conséquent, ce projet d'acquisition peut surseoir au processus de validation du bureau d'expertise de projets.

Signé par Francis Bélanger, adjoint  
 au DST – Équipements médicaux : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Le formulaire rempli doit être transmis, soit par courrier au Service-conseil de génie biomédical, Hôpital Saint-François d'Assise, ou par courriel, à l'adresse : [equipementbiomed@chuq.qc.ca](mailto:equipementbiomed@chuq.qc.ca).

