

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

- Dépôt 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.

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 remplir l'annexe 3.

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

Fonds de développement : _____ \$ (1/3 du coût du projet – maximum 15 000 \$)

Autres sources : _____ \$

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		
Description de l'équipement demandé : (avec une liste des applications, logiciels, composantes, fonctionnalités, options, accessoires, etc.)				
Numéro d'inventaire ou identification de l'équipement à être remplacé ou rehaussé (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.

