**Réunion annuelle / *Annual Meeting***

**Formulaire d’inscription / *Registration form***

**Réseau de recherche en santé de la vision**

***Vision Health Research Network***

23ème Réunion annuelle / *23rd Annual Meeting*

**Mardi le 7 novembre 2017 / *Tuesday November 7th 2017***

Nouveau Centre de recherche du CHU Sainte-Justine.

3175, chemin de la Côte-Sainte-Catherine

Montréal, QC, H3T 1C5

**Date limite pour la soumission de résumés / Abstract submission deadline**

**11 septembre 2017 / *September 11, 2017***

**Date limite pour l’inscription en ligne / *Online registration deadline***

***(*avec lunch et programme */ to have a lunch and a program)***

**29 octobre 2017 / *October 19, 2017***

# Inscription et paiement / *REGISTRATION AND PAYMENT*

* L’inscription est gratuite pour tous les étudiants (1er, 2e et 3e cycles), les stagiaires post-doctoraux, les résidents et les fellows en médecine ainsi que le personnel de recherche. / *Registration is free for all undergraduate and graduate students, research fellows, medical residents and fellows and laboratory staff*
* Pour les membres associés et réguliers, professeurs, chercheurs, cliniciens et autres professionnels de la santé et de la recherche, des frais de 50$ s’appliqueront. / *For regular and associate members, professors, researchers, clinicians, and other health and research professionals the registration fee is $50.*
* Pour les non-membres, des frais de 100$ s’appliqueront. / *For non-members, the registration fee is $100.*

***Type d’inscription / Registration type***

Étudiants (1er, 2e et 3e cycles), les stagiaires post-doctoraux, les résidents et les fellows en medecine ainsi que le personnel de recherche / *Undergraduate and graduate students, research fellows, medical residents and fellows and laboratory staff* (gratuit / *free*)

Membres réguliers et associées (professeurs, chercheurs, cliniciens et autres professionnels de la santé) / *Regular and associated* *members (Professor, researcher, clinician and other health professional)* ($50.00)

Conférencier invité / *Keynote speaker* (gratuit / *free*)

Invités spéciaux / *Special guests* (gratuit / *free*)

Non-membre / *non-member*  ($100.00)

***\*Salutations / Greetings***

Mme / *Mrs*

M. / *Mr.*

**\*Nom / *Last name*:** \_\_\_\_\_\_

\***Prénom / *First name***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\***Courriel / *Email*:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Téléphone / *Phone number :*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\***Catégorie / *Category* :**

Étudiant du 1er cycle / *Undergraduate Student*

Étudiant à la maîtrise / *Master’s student*

Étudiant au doctorat / *PhD student*

Stagiaire post-doctoral / *Post-doctoral fellow*

Étudiant optométrie / *Optometry student*

Étudiant médecine / *Medical student*

Résident en médecine / *Medical resident*

Fellow en medecine / *Medical fellow*

Personnel de recherche / *Research staff*

Clinicien / C*linician*

Chercheur / *Researcher*

Chercheur-clinicien / *Researcher-clinician*

Optométriste / Optometrist

Professionnel de la santé / Health Professionnal

Représentant de l’industrie / *Industry representative*

Autre / *Other*

**Autre, précisez / *Other, specify :*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**\*Année de début du diplôme / *Starting year of the degree :***

Écrire N/A, si non applicable/ *Write N/A if non-applicable*

**\*Appartenance / *Affiliation*:**

École de technologie supérieure

 Institut national de la recherche scientifique

 Polytechnique

 Université Bishop's / *Bishop’s University*

Université Concordia / *Concordia University*

 Université de Montréal

Université de Sherbrooke

 Université du Québec à Chicoutimi

Université du Québec à Montréal

 Université du Québec à Rimouski

 Université du Québec à Trois-Rivières

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Université du Québec en Outaouais

 Université Laval

Université McGill / *McGill University*

Autre

Autre, précisez / *Other, specify:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* « Nom, Prénom » du chercheur responsable du laboratoire (écrire N/A si non applicable)/**

***“Last name, First Name” of the lab supervisor (write N/A if non-applicable)***

**\*Axe du laboratoire / *Laboratory Axis* :**

Rétine et segment postérieur / *Retina and Posterior Segment*

Cornée et segment antérieur / *Cornea and Anterior Segment*

Cerveau et Perception / *Brain and Perception*

Déficience visuelle et réadaptation / *Visual impairment and rehabilitation*

N/A

**\*Souhaitez-vous avoir / *Do you wish to have*:**

un dîner / *a lunch*

un dîner – allergies / *a lunch – allergies*

pas de dîner / *no lunch*

Allergies, précisez / *Allergies, specify* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Donnez-vous la permission au RRSV d’utiliser les photos prises durant la Réunion annuelle sur lesquelles vous apparaissez pour le site web, le programme ou le matériel de promotion?**

**Do you give permission to the VHRN to use pictures taken during the annual meeting on which you appear for the website, program or promotional material?\***

**Oui / *Yes***

**Non / *No***

Page suivante: facturation (si applicable)

*Next page:* *billing (if applicable)*

**Facturation / *Billing* (si applicable / *if applicable)***

**Mode de paiement / *Preferred payment method***

Chèque personnel / *Personal cheque*

Chèque via une institution / *Cheque via your institution*

**Adresse postale complète pour facturation et reçu**/***full address for invoice and receipt :***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le chèque doit être libellé à l’ordre de **« CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal»** et doit mentionner

**« RA RRSV 2017 - Nom de la personne inscrite\* ».**

*The cheque must be made out to* ***“*CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal*”*** *and must mention* ***« 2017 VHRN AM – participant’s name »*.**

Les chèques doivent être postés à / *Cheques must be sent to* :

Jessica Hervé

Réseau de recherche en santé de la vision

Département d'ophtalmologie, CSA RC-F120

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

5415, boulevard de l’Assomption

Montréal, QC, H1T 2M4, Canada

Pour un virement entre de comptes à HMR, contactez / *For a transfert within HMR, contact* Jessica Hervé

514-252-3400 #1568

reseau.vision.hmr@ssss.gouv.qc.ca

Page suivante: Soumission de résumé

*Next page: Abstract submission*

# Soumission de résumé Présention OralE ou par affiche

# *OraL or poster presentation abstract submission*

**Instructions de présentation, admissibilité et grille d’évaluation**

<http://reseauvision.ca/reunion-annuelle/reunion-annuelle-2017/inscriptions-2017/>

**Presentation instructions, eligibility and evaluation grid:**

<http://visionnetwork.ca/reunion-annuelle/reunion-annuelle-2017/registration-2017/>

**IMPORTANT: tous les présentateurs doivent retourner le formulaire de divulgation de conflits d’intérêt IMMÉDIATEMENT après s’être inscrits.** [**Télécharger le formulaire.**](http://reseauvision.ca/wp-content/uploads/2017/07/Conflits_interets_FR_RRSV.docx)

**IMPORTANT: All presenters must return the conflict of interest disclosure form IMMEDIATELY after registering.** [**Upload the form**](http://reseauvision.ca/wp-content/uploads/2017/07/Conflits_interets_FR_RRSV.docx)**.**

**Type de présentation préféré / *Preferred presentation type***

À noter qu’une préférence ne garantit pas le type de présentation.

*Please note that a preference does not guarantee the presentation type.*

Ma thèse en 180 secondes\* / *My thesis in 180 seconds\**

Orale / *Oral*

Affiche / *Poster*

Affiche Infrastructure / Infrastructure poster

\* Pour être admissible au concours « Ma thèse en 180 secondes », vous devez avoir terminé vos études doctorales dans les 12 mois précédant la réunion annuelle ou prévoir terminer vos études doctorales dans les 12 mois suivant la réunion annuelle. **Chaque étudiant n’est admissible qu’une seule fois à ce prix.**

*\* To qualify for the “My Thesis in 180 Seconds” competition, you must have completed your doctoral studies within the 12 months preceding the Annual Meeting or plan to finish your doctoral studies within the 12 months following the Annual Meeting.* ***Each student is eligible only once at this price.***

**Type de recherche / *Research type*:**

Clinique / *Clinical*

Fondamentale / *Basic*

Épidémiologie - Santé publique/ *Epidemiology - Public health*

**Axe de la présentation / *Presentation axis* :**

Rétine et segment postérieur / *Retina and Posterior Segment*

Cornée et segment antérieur / *Cornea and Anterior Segment*

Cerveau et Perception / *Brain and Perception*

Déficience visuelle et réadaptation / *Visual impairment and rehabilitation*

**Est-ce que le projet de recherche porte sur la DMLA */ Is the research project related to AMD?***

Oui / *Yes*

Non / *No*

**La Fondation Antoine-Turmel a-t-elle soutenu financièrement ce projet de recherche? / *Has this research project been financially supported by the Antoine-Turmel Foundation?***

Oui / *Yes*

Non / *No*

Suite page suivante

*Cont’ next page*

# Soumission de résumé Présention OralE ou par affiche (suite)

# *OraL or poster presentation abstract submission (cont’)*

**Titre / *Title*:**

**Prénoms et noms des auteurs / *Authors* f*irst and last names***:

Instructions : 3000 caractères maximum incluant les espaces (excluant le titre, les auteurs et les sources de financement)

*Instructions: Maximum 3000 characters, including spaces (excluding title, authors and funding)*

**But / *Goal***:

**Méthode / *Methods***:

**Résultats / *Results***:

**Conclusion(s) / *Conclusions(s)****:*

**Source(s) de financement / *Funding:***

Prière de mentionner le « Réseau de recherche en santé de la vision » et/ou la « Fondation Antoine-Turmel » si cela s’applique.

*Please mention “Vision Health Research Network” and/or “Fondation Antoine-Turmel” if applicable.*