**24e Réunion annuelle / 24th *Annual Meeting***

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

***Vision Health Research Network***

**Lundi, 18 mars 2019 / *Monday, March 18, 2019***

Université Laval

Pavillon Alphonse-Desjardins

2325, rue de l’Université

Québec, QC, G1V 0A6

**Dates limites / Deadlines**

**18 janvier 2019 / *January 18, 2019***

**Soumission des résumés / Abstract submission**

**4 mars 2019 / *March 4, 2019***

**Inscription en ligne / *Online registration***

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

# ETAPE 1. INSCRIPTION

# *STEP 1. REGISTRATION*

# FRAIS D’Inscription / *REGISTRATION FEE*

# 

Cochez selon votre catégorie / *Check according to your category*

**Gratuit / Free**

Étudiants (1er, 2e et 3e cycles), stagiaires post-doctoraux, résidents fellows en médecine, personnel de recherche. / *Undergraduate and graduate students, research fellows, medical residents~~,~~ fellows, laboratory staff*

**50.00 $ / *$ 50.00***

Membres réguliers et associés (professeurs, chercheurs, cliniciens et autres professionnels de la santé et de la recherche) / *Regular and associate members (professors, researchers, clinicians, and other health and research professional)*

**100.00 $ / $ 100.00**

Non-membres / *Non-members*

**Gratuit / Free**

Conférencier invité, invités spéciaux, commanditaires / *Keynote speaker, special guests, sponsors*

# 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

**« Réunion annuelle RRSV 2019 – Prénom et nom de la personne inscrite\* ».**

*The cheque must be addressed to* ***“*CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal*”*** *and must mention* ***« 2019 VHRN Annual Meeting – participant’s name »*.**

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

Réseau de recherche en santé de la vision / A/S Valérie Lavastre

Département d'ophtalmologie, CSA RC-F120

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

5415, boulevard de l’Assomption

Montréal, QC, H1T 2M4, Canada

***\*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 médecine / *Medical fellow*

Personnel de recherche / *Research staff*

Clinicien / C*linician*

Chercheur / *Researcher*

Chercheur-clinicien / *Researcher-clinician*

Optométriste / *Optometrist*

Professionnel de la recherche et de la santé / *Research and Health Professionnal*

Représentant de l’industrie / *Industry representative*

Autre / *Other : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**\*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 (ÉTS)

 École d’optométrie

 Institut national de la recherche scientifique (INRS)

 Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)

 Polytechnique

 Université Bishop's / *Bishop’s University*

Université Concordia / *Concordia University*

 Université de Montréal

Université de Sherbrooke

 Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)

Université du Québec à Montréal (UQAM)

 Université du Québec à Rimouski (UQAR)

 Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Université du Québec en Outaouais (UQO)

 Université Laval

Université McGill / *McGill University*

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

**\* « 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

**\*Je désire réserver / *I wish to reserve***

un dîner – allergies / *a lunch – allergies \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

pas de dîner / *no lunch*

**\*J’autorise le RRSV à utiliser les photos prises durant la Réunion annuelle sur lesquelles j’apparaitrai pour le site web, le programme ou le matériel de promotion / *I authorize the VHRN to use pictures taken during the annual meeting on which I appear for the website, program or promotional material.***

Oui / *Yes*

Non / *No*

**\*Je désire être bénévole pour la Réunion annuelle / *I would like to volunteer during the Annual Meeting***

Oui / *Yes*

Non / *No*

**SERVICE DE NAVETTE / *SHUTTLE SERVICE***

**Je désire utiliser le transport de navette? /** ***I would like to use the shuttle transportation?***

Oui (aller-retour)/ *Yes* *(round trip)*

Oui (aller seulement) / *Yes (one way to Quebec)*

Oui (retour seulement) / Yes *(one way returning to Montréal)*

Non / *No*

NB : Des détails vous seront fournis ultérieurement / *Details will be provided later*

\*Champs obligatoires / *Required fields*

Pages suivantes:

***Soumission d’un résumé*** (Étape 2 et 3(optionel) et ***FORMULAIRE DE DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊT POTENTIELS***

*Next pages:*

***Abstract submission*** *(Step 2 and 3 (optional) and* ***POTENTIAL CONFLICT OF INTERESTS DISCLOSURE FORM***

# ETAPE 2. SOUMISSION DU RÉSUMÉ POUR UNE PRÉSENTATION ORALE OU PAR AFFICHE

# *STEP 2. ORAL OR POSTER PRESENTATION ABSTRACT SUBMISSION*

**\*1. Type de présentation préférée / *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.*

Mes travaux en un clin d’œil\*\*/ *A wink on my research\*\**

Orale / *Oral*

Affiche / *Poster*

Affiche Infrastructure\*\*\* / *Infrastructure Poster\*\*\**

Volet Formation pour résidents / *Workshop for Residents*

*\*\** Une sélection sera effectuée par le comité organisateur de la réunionannuelle / *A selection will be made by the organizing committee of the meeting*

*\*\*\** Affiche Infrastructure : le comité organisateur communiquera avec vous pour la soumission de votre résumé */ Infrastructure Poster : the organizing committee will contact you for the submission of your abstract*

**\*2. Type de recherche / *Research type***

Clinique / *Clinical*

Fondamentale / *Basic*

Épidémiologie - Santé publique/ *Epidemiology - Public health*

Autre / Other : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*3. 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*

N/A

**\*4. Est-ce que le projet de recherche porte sur la DMLA ? */ Is the research project related to AMD?***

Oui / *Yes*

Non / *No*

**\*5. 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*

**\*6. J’envoie mon formulaire de conflits d’intérêt dûment complété et signé à la main dans les plus brefs délais */ I will send to the VHRN coordination my completed conflict of interest form and signed manuscript***

Oui / *Yes*

**Important :** Aucune présentation ne sera considérée si nous ne recevons pas le formulaire de conflits d’intérêt / No presentation will be considered if we do not receive the conflict of interest form.

**\*7. Donnez-vous l’autorisation à la presse de diffuser vos résultats suite à une entrevue avec eux ? / Do you allowed the press to broadcast your results following an interview with them?**

Oui / *Yes*

Non / *No*

\*Champs obligatoires / *Required fields*

# résumé / *ABSTRACT*

**Instructions**

* **Le résumé (But, Méthode, Résultats, Conclusion(s))** **doit contenir 3000 caractères maximum** incluant les espaces / **The abstract (Goal, Methods, Results, Conclusion(s))** **must have maximum 3000 characters**, including spaces
* Seule cette version sera publiée dans le programme scientifique de la réunion annuelle. / Only this version will be published in the scientific program of the annual meeting.
* Soumis dans la langue de votre choix / Submitted in the language of your choice
* Auteur (Prénom et Nom) / *Authors (First and Last Name)*
  + ex : Jean Tremblay

**\*Titre / *Title***

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

\***But / *Goal***

**\*Méthode / *Methodology***

**\*Résultats / *Results***

**\*Conclusion(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.*

**\*Mots-clés / *Keywords***

Indiquez entre 2 et 5 mots-clés */ Indicate between 2 and 5 keywords*

**IMPORTANT : Il est obligatoire de remplir le Formulaire de divulgation de conflits d’intérêts potentiels à la page 9 (version en français )/ *It is mandatory to fill out the Potential Conflict of Interests disclosure form, page 10 (English version)***

**\*AUTORISATION/ AUTHORIZATION**

**Je donne la permission au comité organisateur de publier mon résumé dans le journal Annals of Eye Science */ Do you give permission to the organizing committee to publish your abstract in Annals of Eye Science Journal?***

Oui / *Yes*  - veuillez compléter l’étape 3

Non / *No –* votre soumission est complétée

\*Champs obligatoires / *Required fields*

# ÉTAPE 3 Soumission dU résumé au Journal Annal of Eye Science

# *STEP 3 Abstract submission for the Annals of Eye Science Journal*

# 

**Instructions**

* 3000 caractères maximum incluant les espaces (excluant le titre, les auteurs et les sources de financement) / *Maximum 3000 characters, including spaces (excluding title, authors and funding)*
* Doit être soumis en **ANGLAIS** / *To be submitted in* ***English***
* Auteur (Prénom et Nom) / *Authors (First and Last Name)*
  + ex : Jean Tremblay
* Affiliation : Département, Faculté, Hôpital, Université, ville, province, pays / *Affiliation (Department, Faculty, Hospital, University, town, province, country)* 
  + ex : Department of Ophtalmology, Maisonneuve-Rosemont Hospital Research Center, University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada

***\*Title***

***Author and affiliation***

*Author 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Affiliation 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Author 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Affiliation 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Author 3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Affiliation 3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Author 4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Affiliation 4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Author 5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Affiliation 5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Author X.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Affiliation X.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***\*Goal***

***\*Methodology***

***\*Results***

***\*Conclusions***

***\*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.*

***\*Keywords***

Indiquez entre 2 et 5 mots-clés */ Indicate between 2 and 5 keywords*

\*Champs obligatoires / *Required fields*

***FORMULAIRE DE DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊT POTENTIELS***

Les participants à une activité de développement professionnel continu (DPC) devraient connaître à l'avance toute affiliation ou intérêts qui pourraient influencer la présentation d'un conférencier, d'un animateur d'atelier ou d’une personne ressource et y introduire une orientation ou un biais. L'intention de la divulgation n'est pas d'empêcher un présentateur ayant un possible conflit d'intérêts de prendre la parole, mais bien, de faire connaître à l'avance à l'auditoire les affiliations ou conflits d’intérêts possibles. Ces faits étant connus ouvertement, les participants peuvent exercer leur sens critique et porter un jugement éclairé sur le contenu de la présentation elle-même. Un conflit d’intérêts peut survenir lorsque des activités ou des situations placent un individu ou une organisation en présence notamment d’intérêts commerciaux, financiers ou non pécuniaires (par ex. : orientation politique) tels qu’ils pourraient influencer ou orienter le propos ou entrer en conflit avec les intérêts inhérents aux devoirs et responsabilités liés à la participation à l’activité de DPC. Ces intérêts peuvent se rapporter à l’organisation pour laquelle il travaille et/ou à l’individu, aux membres de sa famille, à ses amis ou à ses associés professionnels – présents, passés ou futurs.

Par affiliation, on entend, par exemple : agir comme conseiller pour un organisme; par intérêts financiers, on entend, par exemple : accepter une invitation, gratification ou rémunération pour services rendus, des redevances, des fonds de recherche d’une société commerciale, détenir une participation financière dans une entreprise.

**Déclaration de la personne ressource (conférencier, animateur, membre du comité scientifique ou autre)**

En relation ou non avec le contenu de cette activité, j’ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou de tout ordre avec une société à but lucratif **ou** j’estime que je dois divulguer à l’auditoire un intérêt ou une orientation particulière, non pécuniaire.

**Non**  **Oui**

Si oui, préciser le type d'intérêt (par exemple : je suis consultant pour la compagnie XYZ, je reçois des subventions de recherche de la compagnie XYZ, je suis en instance de recevoir un brevet pour le traitement X, un membre de ma famille travaille dans tel domaine, je suis membre ou président de telle association), le nom de l’organisme/domaine et la période de temps correspondante. (Annexer une feuille supplémentaire au besoin).

**Intérêt Organisme ou domaine impliqué Période**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **POUR LES CONFÉRENCIERS :** | **Encerclez une réponse** | | |  |
| J'entends faire des recommandations thérapeutiques à l'égard de médicaments qui n'ont pas encore obtenu l'approbation des organismes réglementaires (p. ex. utilisation hors indication). | **Oui** | **Non** | **Ne s’applique pas** | Vous *devez* divulguer toute  utilisation hors indication pendant votre présentation. |

**Nom du répondant** *(caractère d’imprimerie)***:**

**Titre et date de l’activité de formation :** Réunion annuelle du Réseau de recherche en santé de la vision,

18 mars 2019

**Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date :**

**Responsabilité de l’organisateur**

L’organisateur d’une activité est responsable de faire remplir ce formulaire par chacune des personnes-ressources (conférenciers, animateurs, membres du comité scientifique ou autres). L’organisateur doit s’assurer que l’information relative aux conflits d’intérêts potentiels est communiquée aux participants par une inscription dans le cahier des résumés et que la divulgation de ces conflits (ou de l’absence de tels conflits) est impérativement faite par le présentateur au début de sa présentation (divulgation verbale et visuelle avec diapositive). Dans un souci d’équité et de transparence, l’organisateur informera les participants que :

- La personne-ressource a déclaré aucun conflit d’intérêts potentiel;

- La personne-ressource a déclaré un conflit d’intérêts potentiel (dans ce cas, la nature du conflit sera mentionnée conformément aux informations fournies par la personne-ressource);

**Toute personne n’ayant pas divulgué ses conflits d’intérêts ne peut pas participer à titre de membre du comité de planification scientifique, de conférencier, de modérateur, d’animateur ou d’auteur d’une activité de DPC agréée.**

***POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST DISCLOSURE FORM***

The participants in a continuing professional development (CPD) activity should know in advance of any affiliation or interests that could influence the presentation of a speaker, a workshop leader or a resource person and that could introduce an orientation or a bias. The intention of disclosure is not to prevent a presenter with a potential conflict of interest from speaking, but to inform the audience in advance of the possible affiliations or conflicts of interests. Since these facts are known openly, the participants can think critically and render an informed judgement on the content of the presentation itself. A conflict of interest can occur when activities or situations place an individual or an organization in front of commercial, financial or non-monetary (such as a political orientation) interests, which could influence or guide comments or come into conflict with the inherent interests related to the duties and responsibilities associated with the participation in a CPD activity. These interests can be related to the organization for which he/she works and/or to the individual, to members of his/her family, to his/her friends or professional associates – past, present or future.

Affiliation means, for example: acting as a consultant for an organization; financial interest means, for example: accepting an invitation, gratuity or remuneration for services rendered, royalties or research funds from a business corporation, or holding a financial interest in a company.

**Declaration of the resource person (speaker, facilitator, scientific committee member or others)**

In relation or not with the content of this activity, I have had in the past two years, an affiliation or financial or any other interests of any nature with a for-profit corporation, or I find that I must disclose to the audience a particular non-monetary interest or orientation.

**no  yes**

If yes, specify the type of affiliation (for example: I am an advisor for the XYZ company, I am receiving research funds from the XYZ company, I am in the process of receiving a patent for treatment X, a member of my family works in such field, I am a member or president of such association), the name(s) of the organization/field and the corresponding period of time (please attach an additional sheet as needed).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type of affiliation** | **Name of the corporation** | **Period** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FOR SPEAKERS :** | **CIRCLE ONE** | | |  |
| I intend to make therapeutic recommendations for medications that have not received regulatory approval (i.e., off-label use of medications). | **YES** | **NO** | **NOT APPLICABLE** | You must declare all off-label use to the audience during your presentation. |

***name*** *(block letters)****:*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Title and date of educational activity:*** Vision Health Research Network Annual Meeting,

March 18, 2019

***Signature*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***Date*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Responsibility of the organizer**

It is the responsibility of the organizer of an educational activity to have this form completed by each resource person: speakers, facilitators, scientific committee members or others. The organizer shall ensure that the information is made available to the participants by a notation in the course syllabus and that potential conflicts of interests (or the absence thereof) are disclosed by the presenter at the beginning of his presentation (oral and visual disclosure with slide).

For the sake of equity and transparency, the organizer will inform the participants that:

* The resource person did not declared any potential conflict of interests;
* The resource person declared a potential conflict of interests (in this case, the nature of the conflict will be described as mentioned by the resource person).
* **Any individual who fails to disclose their conflicts of interest cannot participate as a scientific committee member, speaker, moderator, facilitator or author of an accredited CPD activity.**