**26e Réunion annuelle / 26th *Annual Meeting***

**Réseau de recherche en santé de la vision (RRSV)**

***Vision Health Research Network (VSRN)***

**Mercredi 1er novembre 2023 / *Wednesday November 1st 2023***

Amphithéâtre Pierre-Péladeau du CHUM

1050, rue Saint-Denis, Montréal QC H2X 3J4

**Dates limites / *Deadlines***

|  |  |
| --- | --- |
| **Soumission des résumés** | **18 septembre 2023** |
| ***Abstracts submission*** | ***September 18 2023*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Inscription en ligne** |  **20 octobre 2023** |
| ***Online registration*** |  ***October 20 2023*** |

# INSCRIPTION (gratuit) / *REGISTRATION* (free)

# statut / *status*

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

[ ]  **Étudiant.e** (étudiant.e (1er, 2e et 3e cycles), stagiaire post-doctoral, resident.e, fellow en médecine, personnel de recherche) /

 **Student** (*undergraduate and graduate student, research fellow, medical resident~~,~~ fellow)*

[ ]  **Personnel de recherche / *Laboratory staff***

[ ]  **Membre régulier et associé du RRSV** (professeur.e, chercheur.e, clinicien et autre professionnel de la santé et de la recherche) / ***Regular and associate VSRN member*** *(professor, researcher, clinician, and other health and research professional)*

[ ]  **Non-membre du RRSV / *VSRN Non-member***

[ ]  **Conférencier invité, invité spécial, commanditaire / *Keynote speaker, special guest, sponsor***

# IDENTIFICATION

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

\*NOM / *LAST NAME:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

\***Catégorie / *Category***

[ ]  Étudiant.e au Cégep ou Collège / College Student

[ ]  Étudiant.e de 1er cycle / *Undergraduate Student*

[ ]  Étudiant.e à la maîtrise / *Master’s student*

[ ]  Étudiant.e au doctorat / *PhD student*

[ ]  Stagiaire post-doctoral / *Post-doctoral fellow*

[ ]  Étudiant.e médecine / *Medical student*

[ ]  Résident.e en médecine / *Medical resident*

[ ]  Fellow en médecine / *Medical fellow*

[ ]  Personnel de recherche / *Research staff*

[ ]  Clinicien.ne / C*linician*

[ ]  Chercheur.e / *Researcher*

[ ]  Chercheur.e-clinicien.ne / *Researcher-clinician*

[ ]  Optométriste / *Optometrist*

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

[ ]  Représentant.e pharmaceutique / *Industry representative*

[ ]  Représentant.e de fondation / *Foundation representative*

[ ]  Autre / *Other : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**\*Année de début du diplôme** (étudiant.e / résident.e seulement) - écrire N/A, si non applicable /

***Starting year of the degree****(student/fellow only)*- *write N/A if non-applicable :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Champs obligatoires / *Required fields*

**\*Appartenance / *Affiliation***

[ ]  Cégep/Collège  Précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  École de technologie supérieure (ÉTS)

[ ]  École d’optométrie / *School of Optometry* (UdM)

[ ]  École polytechnique (UdM)

[ ]  Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM)

[ ]  Institut national de la recherche scientifique (INRS)

[ ]  Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)

[ ]  Université Bishop's / *Bishop’s University*

[ ]  Université Concordia / *Concordia University*

[ ]  Université de Montréal (UdM)

[ ]  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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Directeur.trice (N/A si non applicable) / *Supervisor (N/A if not applicable) :***

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

**\*NOM / *LAST NAME:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Co-directeur.trice (si applicable) / Co-*supervisor (if applicable):***

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

**NOM / *LAST NAME:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

[ ]  **Rétine et segment postérieur / *Retina and Posterior Segment***

[ ]  **Cerveau et perception / *Brain and Perception***

[ ]  **Déficience visuelle et réadaptation / *Visual Impairment and Rehabilitation***

[ ]  **Cornée et segment antérieur / *Cornea and Anterior Segment***

[ ]  N/A

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

[ ] Oui / *Yes*

[ ]  Non / *No*

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

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

[ ]  pas de dîner / *no lunch*

\*Champs obligatoires / *Required fields*

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

[ ]  Oui / *Yes*

[ ]  Non / *No*

# SERVICE DE NAVETTE DISPONIBLE / *SHUTTLE SERVICE AVAILABLE*

**\*Je désire utiliser le transport de navette *(Québec-Montréal).* /** ***I would like to use the shuttle transportation (Quebec-Montreal).***

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

[ ]  Oui (aller seulement) / *Yes (one way to Montreal)*

[ ]  Oui (retour seulement) / Yes *(one way returning to Quebec)*

[ ]  Non / *No*

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

\*Champs obligatoires / *Required fields*

# SOUMISSION Du RÉSUMÉ / *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.*

[ ]  Orale\*\* / *Oral* \*\*

[ ]  Mes recherches en un clin d’œil\*\*/ *A wink on my research\*\**

[ ]  Affiche / *Poster*

[ ]  Affiche Infrastructure\*\*\* / *Infrastructure Poster\*\*\**

[ ]  Volet “Formation pour residents” / *Workshop for Residents*

*\*\*Les places sont limitées.* La sélection sera effectuée par le *Comité organisateur* / Places are limited. *A selection will be made by the Organizing Committee*

*\*\*\****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. Directeur.trice / *Supervisor***

**\*NOM / *LAST NAME:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*4. Axe de la présentation / *Presentation axis***

[ ]  **Rétine et segment postérieur / *Retina and Posterior Segment***

[ ]  **Cerveau et perception / *Brain and Perception***

[ ]  **Déficience visuelle et réadaptation / *Visual Impairment and Rehabilitation***

[ ]  **Cornée et segment antérieur / *Cornea and Anterior Segment***

[ ]  N/A

**\*5. Est-ce que le projet de recherche porte sur la DMLA ? */ Is the research project related to AMD?***

 [ ]  Oui / *Yes*

 [ ]  Non / *No*

**\*6. Donnez-vous l’autorisation à la presse de diffuser vos résultats suite à une entrevue avec eux ? / Do you allow the press to broadcast your results following an interview with them?**

[ ]  Oui / *Yes*

 [ ]  Non / *No*

\*Champs obligatoires / *Required fields*

# résumé / *ABSTRACT*

**Instructions**

* Soumis dans la langue de votre choix / *Submitted in the language of your choice*
* 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.*
* **Auteurs** (Prénom et Nom) / ***Authors*** *(First and Last Name)*

 ex : Jean Tremblay1, Sandra Do2 et Isaac Newton1

* **Affiliations** (Département/Institut/École, Université, Ville, Province, Pays) / *(Department/Institute/School, University, City, Province, Country)*

 ex : 1Département des sciences biomédicales, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada; 2Département des sciences de la vision, École d’optométrie, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada.

* Le **RÉSUMÉ** **- But, Méthode, Résultats, Conclusion.s -** **500** mots maximum / *The* ***ABSTRACT - Goal, Methods, Results, Conclusion.s -*** *maximum* ***500*** *words*
* **Financement :** Prière de mentionner le « Réseau de recherche en sciences de la vision » et la « Fondation Antoine-Turmel » ou la « Fondation des maladies de l’œil » si cela s’applique. **/ *Funding :*** *Please mention “Vision Sciences Research Network” and “Fondation Antoine-Turmel” or « Fondation des maladies de l’œil » if applicable.*

**\*Titre / *Title***

**\*Auteurs / *Authors***

**\*Affiliations**

**RÉSUMÉ / ABSTRACT** *(500 mots/ words maximum)*

\***But / *Goal***

**\*Méthode / *Methodology***

**\*Résultats / *Results***

**\*Conclusion(s)**

**\*Financement / *Funding***

\*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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cochez toutes les réponses qui s’appliquent.****Je suis :** | * Membre du comité scientifique
 | * Membre du comité organisateur
 | * Modérateur
 | * Présentateur
 |
| * Auteur
 | * Animateur
 |
| * Autre (préciser)
 |

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 organisation à but lucratif ou sans 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Seuls les présentateurs, modérateurs, animateurs et auteurs doivent remplir la section qui suit :** | **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** | Vous *devez* divulguer touteutilisation hors indication pendant votre présentation. |
| Je comprends que la [Norme nationale](https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Communications/CFPC-Conflict-of-Interest-Policy_FRE.pdf) exige que toute description des options thérapeutiques doive utiliser les noms génériques (ou les noms génériques et commerciaux) et ne pas faire l’objet d’exclusivité et de promotion d’une marque. Si aucune appellation générique n’existe, les noms de marque doivent être utilisés de manière uniforme. | **Oui** | **Non** | Tout manquement à cette obligation est une infraction de la Norme nationale et des Normes de certification Mainpro+. |
| En présence d’affiliation ou d’intérêts significatifs, je m’engage à informer les participants de la stratégie utilisée pour atténuer ces biais potentiels. | **Oui** | **Non** |  |

**Attestation**

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

**Titre et date de l’activité de formation : 26e Réunion annuelle du Réseau de recherche en santé de la vision**

 **1er novembre 2023**

**J’atteste avoir lu les lignes directrices figurant sur ce formulaire de déclaration et déclare que l’information susmentionnée est exacte. Je comprends que les participants auront accès à cette information.**

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

Toute personne n’ayant pas divulgué ses conflits d’intérêts ne peut pas participer à titre de membre du comité scientifique/du comité organisateur,

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 be informed 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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Check all that apply I am a: | * Member of the scientific committee
 | * Member of planning committee
 | * Moderator
 | * Speaker
 |
| * Author
 | * Facilitator
 |
| * Other (describe)
 |

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 or not-for-profit organization, 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 organization | Period |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **This section is to be filled out by speakers, moderators, facilitators and authors only :**  | **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** | You must declare all off-label use to the audience during your presentation. |
| I acknowledge that the [National Standard](https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Communications/CFPC-Conflict-of-Interest-Policy.pdf) requires that any descriptions of therapeutic options use generic names (or both generic and trade names) and do not reflect exclusivity and branding. If no generic name exists, trade names must be used in a consistent manner. | **Yes** | **No** | Failure to do this is a violation of the National Standard and the Mainpro+ Certification Standards. |
| In the presence of significant affiliation or interests, I commit to informing participants of the strategies used to mitigate these potential biases. | **Yes** | **No** |  |

**Acknowledgement**

**Name** *(print)***:**

**Title and date of educational activity: 26th Annual Meeting of the Vision Health Research Network**

 **November 1st 2023**

**I acknowledge that I have reviewed the declaration form’s instructions and guidelines, and that the information above is accurate. I understand that this information will be made available to the participants.**

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

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.