**27e Réunion annuelle**

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

**Mercredi 4 décembre 2024**

Université Laval - Pavillon Alphonse-Desjardins

2325, rue de l’Université, Québec QC

**Dates limites**

|  |  |
| --- | --- |
| **Soumission des résumés** | **16 octobre 2024** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Inscription en ligne** |  **20 novembre 2024** |

# INSCRIPTION (gratuit)

# statut

Cochez selon votre catégorie

[ ]  **Étudiant.e** (étudiant.e (1er, 2e et 3e cycles), stagiaire post-doctoral, résident.e, fellow en médecine)

[ ]  **Personnel de recherche**

[ ]  **Membre régulier et associé du RRSV** (professeur.e, chercheur.e, clinicien.ne (ophtalmologiste, optométriste) et autre professionnel.le de la santé et de la recherche)

[ ]  **Non-membre du RRSV**

[ ]  **Conférencier invité, invité spécial, commanditaire**

# IDENTIFICATION

\*Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*NOM*:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Courrie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone*:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\***Catégorie**

[ ]  Étudiant.e au Cégep ou Collège

[ ]  Étudiant.e au 1er cycle

[ ]  Étudiant.e au 2e cycle - maîtrise

[ ]  Étudiant.e au 3e cycle - doctorat

[ ]  Stagiaire postdoctoral

[ ]  Étudiant.e en médecine

[ ]  Résident.e en médecine / Fellow

[ ]  Personnel et professionnel de recherche

[ ]  Chercheur.e

[ ]  Ophtalmologiste

[ ]  Autre clinicien.ne (pédiatre, en réadaptation ou autre)

[ ]  Clinicien.ne - chercheur.e-

[ ]  Optométriste

[ ]  Représentant.e pharmaceutique

[ ]  Représentant.e de fondation

[ ]  Autre*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

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

\*Champs obligatoires

**\*Affiliation**

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

[ ]  École de technologie supérieure (ÉTS)

[ ]  École d’optométrie (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

[ ]  Université Concordia

[ ]  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

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

**\*Directeur.trice** (N/A si non applicable)***:***

\***Prénom**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*NOM*:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Co-directeur.trice** (si applicable)*:*

**Prénom**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOM*:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Axe du laboratoire**

[ ]  **Biologie et pathologie de la vision**

[ ]  **Neurosciences de la vision**

[ ]  **Réadaptation et enjeux sociaux des troubles visuels**

[ ]  **Technologies émergentes**

[ ]  N/A

**\*Je désire réserver*:***

[ ]  un dîner – allergies *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

[ ]  pas de dîner

**\*Je désire être bénévole pour la Réunion annuelle.**

[ ] Oui

[ ]  Non

\*Champs obligatoires

**\*J’autorise le RRSV à utiliser les photos prises durant la Réunion annuelle sur lesquelles j’apparaîtrai pour le site internet, le programme ou le matériel de promotion.**

[ ]  Oui

[ ]  Non

# SERVICE DE NAVETTE

**\*Je désire utiliser le transport de navette *(Montréal-Québec).***

[ ] Oui (aller-retour)

[ ]  Oui (aller seulement vers Québec)

[ ]  Oui (retour seulement vers Montréal)

[ ]  Non

NB : Des détails vous seront fournis ultérieurement

\*Champs obligatoires

# SOUMISSION Du RÉSUMÉ

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

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

[ ]  Présentation orale\*\*

[ ]  Mes recherches en un clin d’œil\*\*

[ ]  Présentation par affiche

[ ]  Affiche Infrastructure\*\*\*

[ ]  Volet “Formation pour résidents”

*\*\*Les places sont limitées.* La sélection sera effectuée par le *Comité organisateur*

*\*\*\****Affiche Infrastructure** : le *Comité organisateur* communiquera avec vous pour la soumission de votre résumé

**\*2. Type de recherche*:***

 [ ]  Fondamentale

 [ ]  Clinique

 [ ]  Préclinique ou translationnelle

[ ]  Épidémiologie - Santé publique

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

**\*3. Directeur.trice*:***

**\*NOM*:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*4. Axe de la présentation*:***

[ ]  **Biologie et pathologie de la vision**

[ ]  **Neurosciences de la vision**

[ ]  **Réadaptation et enjeux sociaux des troubles visuels**

[ ]  **Technologies émergentes**

**\*5. Donnez-vous l’autorisation à la presse de diffuser vos résultats suite à une entrev*ue avec eux ?***

[ ]  Oui

 [ ]  Non

\*Champs obligatoires

# résumé

**Instructions**

* Soumis dans la langue de votre choix
* Seule cette version sera publiée dans le programme scientifique de la réunion annuelle
* **Auteurs** (Prénom et Nom)

 ex : Jean Tremblay1, Sandra Do2 et Isaac Newton1

* **Affiliations** (Département/Institut/École, Université, Ville, Province, Pays)

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
* **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.

**\*Titre**

**\*Auteurs**

**\*Affiliations**

**RÉSUMÉ** *(500 mots maximum)*

\***But**

**\*Méthode**

**\*Résultats**

**\*Conclusion.s**

**\*Financement**

\*Champs obligatoires

***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 : 27e Réunion annuelle du Réseau de recherche en sciences de la vision**

 **4 décembre 2024**

**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.