



CENTRE
D'IMAGERIE
BIOMÉDICALE

BRAIN &
BEHAVIOUR
LABORATORY



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

CENTRE INTERFACULTAIRE
DE NEUROSCIENCE

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR PROJETS DE RECHERCHE

IRM NEUROSCIENCE **IRM AUTRE** **EEG** **AUTRE :**

Acceptation (rempli par responsable CIBM ou BBL)	
Code: <input type="checkbox"/>	Durée du projet: <input type="checkbox"/>

Avant qu'un projet puisse utiliser les infrastructures IRM pour la recherche en neurosciences, il doit être revu et approuvé par le comité scientifique coordinateur du BBL et CIBM. L'évaluation des projets se fait sur le plan tant scientifique que technique et administratif.

INFORMATIONS GENERALES (à remplir par le requérant principal)		
TITRE DU PROJET:		
NOM DU REQUERANT:		
TEL:	BIP:	EMAIL:
INSTITUTION:	DEPARTEMENT:	CHEF DE GROUPE/RESPONSABLE:
ADRESSE:		
COLLABORATEURS:		
REPRESENTANT AU CIBM OU BBL:		
OPERATEUR ACCREDITE CIBM OU BBL:		
TEL :	BIP:	EMAIL:
PLATEFORME SOUHAITEE POUR LE PROJET :		
<input type="checkbox"/> IRM CIBM <input type="checkbox"/> IRM BBL <input type="checkbox"/> IRM site indifférent <input type="checkbox"/> Autre plateforme (EEG, TMS, RV, Psychophysologie, etc) :		

SOURCE DE FINANCEMENT DU PROJET :		
<input type="checkbox"/> FNS <input type="checkbox"/> Europe <input type="checkbox"/> Fondation <input type="checkbox"/> Autre:		
Durée:		Montant:
ACCORD DU COMITE D'ETHIQUE : <input type="checkbox"/> oui / non / en cours		SI OUI, PRIERE DE JOINDRE LA LETTRE D'ACCORD
BESOINS POUR LE PROJET : - TEMPS MACHINE (NOMBRE D'HEURES) : - TECHNICIEN POUR ACQUISITION : OUI - NON - STIMULATION VISUELLE : OUI - NON - STIMULATION AUDITIVE : OUI - NON - STIMULATION TACTILE / THERMIQUE : OUI - NON - EYE-TRACKER : OUI - NON - PHYSIOLOGIE BIOPACK : OUI - NON - EEG : OUI - NON - ANALYSES DES DONNEES : OUI - NON - AUTRES (SPECIFIER) :		
PLAN DE RECHERCHE (RESUME): Buts, importance du projet, techniques IRM utilisées (DTI, fMRI, séquences particulières, etc.), durée totale par examen IRM, nombre d'exams et dates. A mentionner aussi: équipements particuliers, archivage, transfert de données.		
RECHERCHE IMPLIQUANT DES PATIENTS (RECHERCHE CLINIQUE): <input type="checkbox"/> oui / non		
MEDECIN REpondant:		
TEL:	BIP:	E-MAIL: