**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**

**20 septembre 2017 / *September 20, 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 29, 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***

**Souhaitez-vous être bénévole pour la Réunion annuelle? / *Would you like to volunteer during the Annual Meeting?***

[ ]  **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* :

Valérie Lavastre

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* Valérie Lavastre

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/>

**Donnez-vous la permission au comité organisateur de publier votre résumé dans Annals of Eye Science? */ Do you give permission to the organizing committee to publish your abstract in Annals of Eye Science?***

[ ]  Oui / *Yes*

[ ]  Non / *No*

**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*

# 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.*

**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 potentilels à la page 7 (version en français)/**

***IMPORTANT: It is mandatory to fill out the Potential Conflict of Interests disclosure form, page 8 (english version)***

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

Les participants à une activité d’éducation médicale continue (ÉMC) ou de développement professionnel continu (DPC) devraient connaître à l'avance toute affiliation ou intérêts financiers qui pourrait influencer la présentation d'un conférencier, d'un animateur d'atelier ou d’une personne ressource. 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 intérêts financiers 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.

Par affiliation, on entend, par exemple : agir comme conseiller scientifique pour une société pharmaceutique (A*dvisory Board Member*); 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)**

J’ai actuellement, ou j’ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou intérêts de tout ordre avec une société commerciale ou je reçois une rémunération ou des redevances ou des octrois de recherche d’une société commerciale :

 **Non** [ ]  **Oui** [ ]

Si oui, préciser le type d'affiliation (par exemple : je suis consultant pour la compagnie XYZ, j'ai été invité récemment par la compagnie XYZ, j'ai été conférencier pour la compagnie XYZ, je reçois des subventions de recherche de la compagnie XYZ, je détiens des actions de la compagnie XYZ, etc.), le nom de la société commerciale (pharmaceutique ou autre) et la période visée par l’affiliation.

**Type d’affiliation Nom de la compagnie 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, 6-7 novembre 2017**

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

**Responsabilité de l’organisateur**

L’organisateur d’une activité est responsable de faire remplir ce formulaire par chacun 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 résumées 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);

- La personne-ressource n’a pas retourné le formulaire de divulgation de conflits d’intérêts potentiel.

***POTENTIAL CONFLICT OF INTERESTS DISCLOSURE FORM***

The participants in a continuing medical education (CME) or continuing professional development (CPD) activity should know in advance of any affiliation or financial interest that could influence the presentation of a speaker, a workshop leader or a resource person. The intention of disclosure is not to prevent a presenter with a potential conflict of interests from speaking, but to inform the audience in advance of the possible affiliations or financial interests. Since these facts are known openly, the participants can render an informed judgement on the content of the presentation itself.

Affiliation means, for example, acting as an advisory board member for a pharmaceutical company; 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 an enterprise.

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

I currently have, or I have had in the past two years, an affiliation with/or financial interest of any nature in a business corporation, or I receive remuneration, royalties or research grants from a business corporation:

 **No** [ ]  **Yes** [ ]

If yes, specify the type of affiliation (for example: I am an advisor for the XYZ company, I have been invited recently bv the XYZ company, I have been speaker for company XYZ, I am receiving research funds from the XYZ company, I am holding shares in actions the XYZ company, etc.), the name(s) of the business corporation(s) (pharmaceutical or other) and the period covered by the affiliation.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FOR SPEAKERS:**  | **Circle an answer** |  |
| I intend to make therapeutic recommendations for medications that have not received regulatory approval (ie, “off-label” use of medications). | **Yes** | **No** | **Does not apply** | You must declare all off-label use to the audience during your presentation. |

**Name of person** *(block letters)***:**

**Title and date of educational activity: RÉUNION ANNUELLE DU RÉSEAU DE RECHERCHE EN SANTÉ DE LA VISION, 6-7 NOVEMBRE 2017**

**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); or

• The resource person did not return the potential conflict of interests disclosure form.