**Annexe A**

**Lignes directrices PRESS (*Peer Review of Electronic Search Strategies*) —** **Demande de recherche et évaluation de la révision par les pairs**

**DEMANDE DE RECHERCHE : CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE CHERCHEUR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chercheur : | Courriel : |  |
| Date de la demande : | Date de tombée : | *[Maximum : 5 jours ouvrables]* |

**Titre de la revue systématique :**

Cette stratégie de recherche est :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ma stratégie PRIMAIRE (centrale) — Première soumission d’une stratégie pour question de recherche et base de données |
|  | Ma stratégie PRIMAIRE (centrale) — Revue de suivi qui n’est PAS la première soumission d’une stratégie pour question de recherche et base de données. S’il s’agit d’une réponse à une révision par les pairs, énumérez les changements faits aux suggestions de la révision. |
|  | Ma stratégie SECONDAIRE — Première soumission d’une stratégie pour question de recherche et base de données |
|  | Ma stratégie SECONDAIRE — Revue de suivi qui n’est PAS la première soumission d’une stratégie pour question de recherche et base de données. S’il s’agit d’une réponse à une révision par les pairs, énumérez les changements faits aux suggestions de la révision. |

**Base de données**

(c.-à-d. MEDLINE, CINAHL…) *(Obligatoire)*

**Interface**

(c.-à-d. Ovid, EBSCO…) *(Obligatoire)*

**Question de recherche**

(Décrire la raison du projet) *(Obligatoire)*

**Format PICO**

(Décrire les éléments PICOs de votre projet, c.-à-d. Patients, Intervention, Comparateur, Résultats [Outcomes] et la méthodologie)

|  |  |
| --- | --- |
| **P** (patients) |  |
| **I** (intervention) |  |
| **C** (comparateur) |  |
| **O** (résultats) |  |
| **S** (méthodologie) |  |

**Critères d’inclusion**

(Énumérez les critères tels que les groupes d’âge, les méthodologies, etc. qui sont inclus.) *(Optionnel)*

**Critères d’exclusion**

(Énumérez les critères tels que les groupes d’âge, les méthodologies, etc. qui sont exclus.) *(Optionnel)*

**Avez-vous appliqué un filtre de recherche?**

Oui Non

**Si vous avez répondu OUI, lesquels avez-vous appliqués? (p. ex. filtre ECr Cochrane, filtre de recherche clinique PubMed) Donnez la source s’il s’agit d’un filtre publié.** *(Obligatoire si vous avez répondu OUI)*

Notes ou commentaires complémentaires qui vous semblent utiles au pair réviseur. *(Optionnel)*

Veuillez copier et coller votre stratégie de recherche ici, exactement comme vous l’avez exécutée, comprenant le nombre de visites par ligne. *(Obligatoire)*

**(Ajoutez de l’espace au besoin)**

**ÉVALUATION DE LA REVUE PAR LES PAIRS : CETTE PARTIE DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE RÉVISEUR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Réviseur : | Courriel : | Date d’achèvement : | | |
|  |  |  |  | | |
|  | **1. TRANSMISSION** |  |  | | |
| A — Pas de révisions | | ☐ |
| B — Suggestion(s) de révision(s) | | ☐ |
| C — Révision(s) requises | | ☐ |

Si vous avez coché B ou C, veuillez fournir une explication ou un exemple.

**2. OPÉRATEURS BOOLÉENS ET OPÉRATEUR DE PROXIMITÉ**

|  |  |
| --- | --- |
| A — Pas de révisions | ☐ |
| B — Suggestion(s) de révision(s) | ☐ |
| C — Révision(s) requise(s) | ☐ |

Si vous avez coché B ou C, veuillez fournir une explication ou un exemple.

**3. VEDETTES-MATIÈRES**

|  |  |
| --- | --- |
| A — Pas de révisions | ☐ |
| B — Suggestion(s) de révision(s) | ☐ |
| C — Révision(s) requise(s) | ☐ |

Si vous avez coché B ou C, veuillez fournir une explication ou un exemple.

**4. RECHERCHE PAR MOT-CLÉ**

|  |  |
| --- | --- |
| A — Pas de révisions | ☐ |
| B — Suggestion(s) de révision(s) | ☐ |
| C — Révision(s) requise(s) | ☐ |

Si vous avez coché B ou C, veuillez fournir une explication ou un exemple.

**5. ORTHOGRAPHE, SYNTAXE ET NUMÉROS DES LIGNES**

|  |  |
| --- | --- |
| A — Pas de révisions | ☐ |
| B — Suggestion(s) de révision(s) | ☐ |
| C — Révision(s) requise(s) | ☐ |

Si vous avez coché B ou C, veuillez fournir une explication ou un exemple.

**6. LIMITES ET FILTRES**

|  |  |
| --- | --- |
| A — Pas de révisions | ☐ |
| B — Suggestion(s) de révision(s) | ☐ |
| C — Révision(s) requise(s) | ☐ |

Si vous avez coché B ou C, veuillez fournir une explication ou un exemple.

ÉVALUATION GLOBALE (Note : Si l’une ou plus d’une « révisions requises » ont été notées ci-dessus, la réponse suivante doit être « révisions requises ».)

|  |  |
| --- | --- |
| A — Pas de révisions | ☐ |
| B — Suggestion(s) de révision(s) | ☐ |
| C — Révision(s) requise(s) | ☐ |

Commentaires complémentaires :