## **Deklaracja aplikowania w konkursie Agencji Badań Medycznych na eksperymenty medyczne (ABM/2025/2)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Temat/tytuł badania** |  |
| **Kierownik projektu/** **Kierujący eksperymentem badawczym** |  |
| **Konsorcjanci** | Prosimy o wybranie:   * Wniosek składany samodzielnie, * Wniosek składany w partnerstwie/konsorcjum – jeśli tak, prosimy o podanie liczby konsorcjantów (max. 4 łącznie z Liderem): ……………… * Planowani konsorcjanci (jeśli dotyczy)   + - ……….     - ……….     - ………. * Udział UJCM wyłącznie jako konsorcjanta (Liderem jest inny podmiot) |
| **Liczba ośrodków, w których planowana jest realizacja badania** (jeśli dotyczy) | Prosimy o wybranie:   * Nie dotyczy * Dotyczy, prosimy o podanie liczby oraz nazw i adresów ośrodków (Szpitale, POZ): …… |
| **Przybliżony budżet projektu** |  |
| **Planowany czas trwania projektu** | Prosimy o podanie (od 3 do 5 lat)  …………………………………………………. |
| **Czy badanie posiada opinię Komisji Bioetycznej** | Prosimy o wybranie:   * NIE * TAK, Opinia numer: ………………………………………….. |
| **Czego dotyczy eksperyment badawczy** | Obszar, którego dotyczy problem badawczy wskazany w planowanym Projekcie:   populacji pediatrycznej,   chorób rzadkich,   chirurgii,   ortopedii,   kardiologii. |
| **Cel Projektu**  (max. 1 strona) | Opis problemu do rozwiązania, stawiane pytania lub hipotezy badawcze:  ……………….. |
| **Opis projektu** | Prosimy opisać:   1. populację, w której dana interwencja będzie stosowana:   ………………..   1. proponowana interwencja:   ……………….. |
| **Planowana liczba uczestników badania – w każdym z ramion i łącznie** |  |
| **Opis wpływu Projektu na poprawę zdrowia obywateli**  (max. 1 strona) | Prosimy o przedstawienie opisu wpływu na:  1) ratowanie życia i uzyskanie pełnego wyzdrowienia i/lub ratowanie życia i uzyskanie poprawy stanu zdrowia:  ………………..  2) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi:  ………………..  3) poprawę jakości życia:  ……………….. |
| **Przewidywane efekty ekonomiczne** | Prosimy opisać przewidywane efekty ekonomiczne dla systemu ochrony zdrowia w Polsce związane z potencjalnym wprowadzeniem badanej interwencji do praktyki klinicznej:  ……………….. |
| **Aparatura/sprzęt planowany do nabycia lub wytworzenia w projekcie** | Nazwa i przeznaczenie: |
| **Opis podwykonawstwa (jeśli dotyczy)** |  |
| **Ryzyka/zagrożenia/ograniczenia związane z realizacją zadań przewidzianych w Projekcie** |  |
| **Wskaźniki** | Prosimy o wskazanie zakładanego poziomu osiągnięcia obowiązkowych wskaźników:   1. Liczba zwalidowanych innowacyjnych metod terapeutycznych (leczniczych) lub diagnostycznych opracowanych w ramach Eksperymentu badawczego: ……………….. 2. Liczba uczestników objętych Eksperymentem badawczym: ……………….. 3. Liczba publikacji będących wynikiem realizacji Projektu, wskazujących najefektywniejsze klinicznie procedury medyczne stosowane w danej chorobie na tym samym etapie diagnostyki lub leczenia, mających na celu zoptymalizowanie wytycznych praktyki klinicznej: ……………….. 4. Liczba rozpoczętych Eksperymentów badawczych w Polsce zgodnie z wymogami regulatorowymi: ……………….. 5. Liczba ośrodków realizujących Eksperyment badawczy w ramach danego Projektu: ……………….. 6. Liczba biobankowanych próbek Materiału biologicznego: ……………….. 7. Czas pozostawania uczestnika Eksperymentu badawczego w badaniu (leczenie plus obserwacja): ……………….. 8. Maksymalny czas leczenia uczestnika Eksperymentu badawczego określony w Protokole: ……………….. 9. Czas obserwacji uczestnika Eksperymentu badawczego: ……………….. |