## **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: ………………..
 |