(Máximo 5 páginas)

|  |
| --- |
| 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE |
| 1.1. Persona solicitante: |
| Nombre y apellidos: \* |
| Indique nombre y apellidos de la persona solicitante |
| Servicio/Grupo de Investigación: |

\* Campo obligatorio

|  |
| --- |
| 2. INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA DEL PROYECTO |
| 2.1. Título \* |
| Indique el título del estudio |
| 2.2. Acrónimo |
| Indique el acrónimo del estudio |
| 2.3. Promotor |
| Indique el promotor del estudio |
| Resumen del proyecto a presentar |
| Resumen del estudio (500 palabras aproximadamente) |

\* Campo obligatorio

|  |
| --- |
| 3. DISEÑO DEL PROYECTO |
| 3.1. Tipo de intervención evaluada: \*Seleccione una |
|  | Medicamento |
|  | Medicamento- Terapia avanzada |
|  | Producto sanitario |
| 3.2. Indicar fase: \*Seleccione al menos una |
|  | Fase I |
|  | Fase II |
|  | Fase III |
|  | Fase IV |
|  | NA |

\* Campo obligatorio

|  |
| --- |
| 4. INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA: CENTROS PARTIPANTES |
| Nº Centros que participan en el proyecto: \* |
| Si no se dispone de la información, incluir una estimación |
| Nº de comunidades autónomas |
| Si no se dispone de la información, incluir una estimación |
| Nombre de centros participantes |
| Completar si está disponible |

\* Campo obligatorio

|  |
| --- |
| 5. PLANIFICACIÓN DE PROYECTO |
| Añadir toda la información posible, aunque no sea definitiva |
| Fecha inicio de reclutamiento (MM/YY)\* |
| Si no se dispone de la información, incluir una estimación |
| Fecha fin de reclutamiento (MM/YY)\* |
| Si no se dispone de la información, incluir una estimación |
| Fecha fin de seguimiento (última visita de paciente) (MM/YY)\* |
| Si no se dispone de la información, incluir una estimación |
| Número de pacientes (N)\* |
| Si no se dispone de la información, incluir una estimación |

\* Campo obligatorio

|  |
| --- |
| 6. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO |
| Experiencias preliminares, motivación y justificación del estudio.Relevancia, aplicabilidad y capacidad de trasferencia de resultados: Relevancia clínica de la propuesta. Impacto en salud |
|  |  |

|  |
| --- |
| 7. PRESUPUESTO APROXIMADO |
|  |  |

|  |
| --- |
| 8. Comentarios adicionales |
| Si no se dispone de la información, incluir una estimación. |