|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Programa de apoyo a la investigación del Registro Mundial de Trastornos de la Coagulación (RMTC) de la FMH**  **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**  **Solo serán elegibles propuestas que utilicen datos del RMTC.** | | | |
| 1. **TÍTULO DEL PROYECTO**   Haga clic aquí para ingresar el título del proyecto. | | | |
| 1. **DIRECTOR / SOLICITANTE DEL CTH**   Nombre: *[apellido(s), nombre(s)]:* Haga clic aquí para ingresar la información.  Título: Haga clic aquí para ingresar la información.  Dirección postal *(calle, número, ciudad, estado/provincia, código postal, país)*:  Haga clic aquí para ingresar la información.  Tel.: *(código de país, código de área, número telefónico y extensión)*: Haga clic aquí para ingresar la información.  Fax: Haga clic aquí para ingresar la información. Correo-e: Haga clic aquí para ingresar la información. | | | |
| 1. **CENTRO DE TRATAMIENTO DE HEMOFILIA DEL SOLICITANTE**   Nombre*:* Haga clic aquí para ingresar la información.  Nombre del director del CTH: Haga clic aquí para ingresar la información.  Dirección postal *(calle, número, ciudad, estado/provincia, código postal, país)*:  Haga clic aquí para ingresar la información. | | | |
| *Funcionario de la organización*  Nombre *[apellido(s), nombre(s)]:* Haga clic aquí para ingresar la información.  Título: Haga clic aquí para ingresar la información.  Dirección postal *(calle, número, ciudad, estado/provincia, código postal, país)*:  Haga clic aquí para ingresar la información.  Tel.: *(Código del país y ciudad, número telefónico y extensión)*: Haga clic aquí para ingresar la información.  Fax: Haga clic aquí para ingresar la información. Correo-e: Haga clic aquí para ingresar la información. | | | |
| 1. **DIRECTOR / SOLICITANTE DEL CTH:** Certifico que las declaraciones son ciertas, completas y exactas. Acepto la responsabilidad de la conducta científica del proyecto y estoy de acuerdo en proporcionar los informes de avances y final requeridos, si la FMH otorgara una subvención   Nombre: Haga clic aquí para ingresar la información. Fecha: Haga clic aquí para ingresar la fecha.  Firma: | | | |
| 1. **FUNCIONARIO DE LA INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN:** Certifico que las declaraciones son ciertas, completas y exactas.   Nombre: Haga clic aquí para ingresar la información. Fecha: Haga clic aquí para ingresar la fecha.  Firma: | | | |
| 1. **RESUMEN DEL PROYECTO** | | | |
| **Duración del proyecto:**  Un año  Dos años | | **Fecha de inicio:** Ingrese fecha de inicio | **Fecha de conclusión:** Ingrese fecha de conclusión |
| **Número total de personas con hemofilia (PCH) A, B o de tipo desconocido identificadas en su centro de tratamiento de hemofilia (CTH):** Haga clic aquí para ingresar la información. | | | |
| **Número total de personas identificadas con enfermedad de von Willebrand (EVW) tipo 1, 2, 3, plaquetario o desconocida en su CTH:** | | | |
| **Estado actual de participación en el Registro Mundial de Trastornos de la Coagulación (RMTC) de la FMH:**  Registrado con el RMTC:  Se presentó solicitud de aprobación ética para el RMTC:  Se obtuvo la aprobación ética:  Se inició la inscripción de pacientes: | | | |
| 1. **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** | | | |
| **Antecedentes** (Describa brevemente las necesidades de investigación en su país; por ejemplo, ¿qué problema de la hemofilia o de enfermedad de von Willebrand es el que desea abordar?, ¿cuál es la situación actual de su CTH/país en relación con la hemofilia o de enfermedad de von Willebrand?, ¿por qué es importante esta investigación?). | | | |
| **Pregunta de investigación** (Una oración con la pregunta de investigación que pretende responder; la pregunta de investigación deberá basarse en los datos de su CTH en el RMTC). | | | |
| **Métodos** (¿Qué metodología utilizará para lograr su objetivo de investigación? Por ejemplo, diseño del estudio, número de pacientes, métodos de recolección de datos, planes de análisis de los datos, y cualquier esfuerzo de colaboración con otros CTH). | | | |
| **Resultados esperados** (Un párrafo acerca de lo que espera encontrar mediante su análisis de los datos). | | | |
| **Plan de uso de datos** (¿Cómo planea usar los resultados de su investigación/estudio? Por ejemplo, los datos pueden utilizarse para publicación, para incidir en políticas públicas o para actividades de cabildeo basadas en pruebas científicas). | | | |
| 1. **PLAN DEL PROYECTO Y CALENDARIO** (Describa brevemente las principales actividades del proyecto y el calendario para realizarlas). | | | |
|  | | | |
| 1. **PRESUPUESTO DEL PROYECTO** *(máximo 1 página):* Proporcione un presupuesto completo y detallado para el proyecto. Los fondos deben aplicarse a los costos directos del programa o proyecto de investigación al que se otorgue el apoyo financiero. Esto puede incluir cualquier parte del proceso de aprobación del RMTC o del proceso de gestión de datos: obtención de la aprobación ética, recolección de datos, ingreso de los datos al RMTC, depuración de los datos, análisis de los datos o redacción de informes. Además, esto puede abarcar personal, materiales e insumos, y acceso a internet. Esto no incluye: salarios del investigador o del personal médico, gastos de viaje o reembolsos a la clínica. Cualesquiera costos administrativos deberán incluirse en el presupuesto de su proyecto. | | |
|  | **AÑO 1** | **AÑO 2** |
| **PERSONAL** |  |  |
| **GESTIÓN DE DATOS** |  |  |
| Aprobación ética |  |  |
| Recolección de datos |  |  |
| Ingreso de datos |  |  |
| Depuración de datos |  |  |
| Análisis de datos |  |  |
| Redacción de informes |  |  |
| **MATERIALES E INSUMOS** |  |  |
| **OTROS** |  |  |
| **TOTAL ANUAL** |  |  |
| **PRESUPUESTO TOTAL** |  |  |

*Agradeceremos complete y devuelva por correo electrónico a* [wbdr@wfh.org](mailto:wbdr@wfh.org)*.*