Заявка на участие в конкурсе научных работ врачей анестезиологов-реаниматологов

**ПРОБЛЕМА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И СЕПСИСА У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ**

**Все поля обязательны для заполнения. Заявки с незаполненными полями рассматриваться не будут!**

1. **Заявитель (исполнитель)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № пп | ФИО | Должность | Учреждение | Город, регион | Телефон | Email | Конфликт интересов (да/нет, название компаний) |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |

Внимание! Если заявка подается от группы, необходимо указать всех заявителей и отметить руководителя группы!

**2. Характер работы**

□ интервенционный □ наблюдательный

|  |  |
| --- | --- |
| **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**  **(**до 400 знаков без пробелов**)** |  |
| **ЦЕЛЬ РАБОТЫ**  **(**до 100 знаков без пробелов**)** |  |
| **ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ**  (описать популяцию: например, больные ОРИТ, инфекционных, хирургических, ожоговых и др. отделений; наличие сопутствующей патологии и т.д. и планируемое количество пациентов) | □ новорождённые  □ дети \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать возрастную группу)  □ взрослые |
| **ДИЗАЙН**  (методология; объем и кратность осмотров и диагностических исследований; особенности и объем мониторинга; срок исполнения; критерии включения/исключения; критерии выбора и коррекции терапии и т.д.) |  |
| **Состав панели биомаркеров** | - **пресепсин**  - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **НЕЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ** (если неприменимо, написать «НЕТ») |  |
| **ОЖИДАЕМАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛЬЗА ПРИМЕНЕНИЯ РАЗРАБОТАННОЙ МОДЕЛИ**  (в соответствии с критериями, описанными при объявлении гранта) |  |
| **Комментарии, дополнительная информация** (количество знаков не ограничено) |  |

**Подавая данную заявку, подтверждаю, что**

□ планируемая работа является новой и **не была** нигде опубликована или в какой-либо другой форме представленаранее

□ имею практические возможности внедрения разработанной модели в своем лечебном подразделении.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_