

Financiación de Proyectos de Investigación de Enfermedad de Alzheimer y enfermedades relacionadas

Segunda Convocatoria 2009

ANEXO II.- Formularios Proyectos Coordinados

- Documento A: Modelo normalizado de solicitud
- Documento B: Memoria del Proyecto de Investigación Principal
- Documento C: Presupuesto Global
- Documento D: Curriculum Vitae
- Documento E: Actividades a desarrollar en colaboración con la UIPA

Financiación de Proyectos de Investigación de Enfermedad de Alzheimer y enfermedades relacionadas

Documento A: Modelo normalizado de solicitud

I. Datos del Proyecto

Número de Registro:

Título del Proyecto	
Duración	2 años <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/>
Número de Sub-proyectos	

II. Datos del Centro Coordinador

Denominación		Domicilio	
Ciudad	Provincia	Código Postal	
Dependencia		Teléfono	

III. Datos del Representante Legal del Centro Coordinador

Nombre	1º apellido	2º apellido	
Denominación del Cargo			
Dirección de contacto (si diferente al anterior)		Ciudad	Provincia
		Código postal	

IV. Datos de la Entidad que Gestiona las Actividades del Centro Coordinador

(si diferente al anterior)

Denominación		Domicilio	
Ciudad	Provincia	Código Postal	
Nombre y apellidos del representante legal			

V. Investigador Principal Coordinador

Nombre	1º apellido	2º apellido	
DNI/Pasaporte	Titulación	Dirección de contacto	
Ciudad	Provincia	Código postal	Teléfono
Fax	Correo electrónico	Número de miembros que componen el equipo del Investigador Principal Coordinador	

VI. Relación de Sub-proyectos que componen el Proyecto Principal

(Añadir tantas tablas como sub-proyectos forman parte del proyecto principal)

Sub-proyecto I (Título del sub-proyecto)

Datos del Centro Participante			
Nombre		Dirección	Entidad privada <input type="checkbox"/> Entidad pública <input type="checkbox"/>
Ciudad	Provincia	Código Postal	País

Datos del Investigador Principal Participante			
Nombre	1º apellido	2º apellido	
Dirección de contacto (si diferente al anterior)		Ciudad	Código postal
País	Denominación del Cargo		

Sub-proyecto II (Título del sub-proyecto)

Datos del Centro Participante			
Nombre	Dirección		Entidad privada <input type="checkbox"/>
			Entidad pública <input type="checkbox"/>
Ciudad	Provincia	Código Postal	País
Datos del Investigador Principal Participante			
Nombre	1º apellido	2º apellido	
Dirección de contacto (si diferente al anterior)		Ciudad	Código postal
País	Denominación del Cargo		

Sub-proyecto III (Título del sub-proyecto)

Datos del Centro Participante			
Nombre	Dirección		Entidad privada <input type="checkbox"/>
			Entidad pública <input type="checkbox"/>
Ciudad	Provincia	Código Postal	País
Datos del Investigador Principal Participante			
Nombre	1º apellido	2º apellido	
Dirección de contacto (si diferente al anterior)		Ciudad	Código postal
País	Denominación del Cargo		

Fecha:

Firma del Investigador Principal Coordinador	Firma y sello del Responsable Legal del Centro Coordinador	Firma y sello del Responsable Legal la Fundación

(Los datos personales que aparecen en este documento sólo serán utilizados para los fines previstos en la correspondiente Convocatoria para su tratamiento automatizado con fines estadísticos con las garantías previstas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal)

Financiación de Proyectos de Investigación de Enfermedad de Alzheimer y enfermedades relacionadas

Documento D: Currículum Vitae

CURRÍCULUM NORMALIZADO PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Registro Nº

--	--	--	--	--	--

APELLIDOS:								
NOMBRE:								
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO (dd mm aaaa):	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
DIRECCION PARTICULAR:								
CIUDAD:	DISTRITO POSTAL:	TELÉFONO:						
FORMACIÓN ACADÉMICA								
<u>LICENCIATURA/INGENIERIA</u>	<u>CENTRO</u>	<u>FECHA</u>						
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
<u>DOCTORADO</u>								
		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
SITUACIÓN PROFESIONAL ACTUAL Y FECHA DE INICIO:								
ORGANISMO:								
CENTRO/FACULTAD/ESCUELA/INSTITUTO:								
DEPT./SECC./UNIDAD ESTR.:								
DIRECCIÓN POSTAL:								
TELÉFONO (indicar extensión):		FAX:						
CORREO ELECTRÓNICO:								
SITUACION LABORAL	CONTRATO:	<input type="checkbox"/>						
	PLANTILLA:	<input type="checkbox"/>						
	INTERINO:	<input type="checkbox"/>						
	BECARIO:	<input type="checkbox"/>						
OTRAS SITUACIONES:								
DEDICACIÓN:		a) A TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/>						
		b) A TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/>						
ACTIVIDADES ANTERIORES DE CARÁCTER CIENTÍFICO O PROFESIONAL								
<u>FECHA</u>	<u>PUESTO</u>	<u>INSTITUCIÓN</u>						
FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN (dd mm aaaa)								
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

Registro N°

--	--	--	--	--	--

Nombre:

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

(Relación de proyectos de investigación en desarrollo o finalizados en los que haya participado en los últimos 6 años, financiados por agencias públicas o privadas. Señale brevemente los objetivos principales del proyecto y su papel en el mismo: Investigador principal, colaborador, etc.)

--

Registro N°

--	--	--	--	--	--

Nombre:

PATENTES Y MODELOS DE UTILIDAD

(que estén en explotación)

AUTORES (por orden de firma):

TITULO:

Nº REGISTRO:

ENTIDAD TITULAR:

PAISES:

FECHA DE PRIORIDAD:

CONTRIBUCIONES DE LA ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN RELACIÓN AL DESARROLLO CLÍNICO, ASISTENCIAL Y / O DESARROLLO TECNOLÓGICO DEL SNS

Registro N°

--	--	--	--	--	--

Nombre:

PATENTES Y MODELOS DE UTILIDAD

(que estén en explotación)

AUTORES (por orden de firma):

TITULO:

Nº REGISTRO:

FECHA DE PRIORIDAD:

ENTIDAD TITULAR:

PAISES:

Fecha y firma del Investigador

Financiación de Proyectos de Investigación de Enfermedad de Alzheimer y enfermedades relacionadas

Documento E: Actividades a desarrollar en colaboración con la UIPA

Áreas departamentales de la UIPA

1.- UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE APOYO

La Unidad Multidisciplinaria de Apoyo (UMA) está recogiendo datos socio-demográficos, clínicos y psicométricos de pacientes con Demencias Degenerativas (fundamentalmente enfermedad de Alzheimer, pero también demencia frontotemporal, Demencia -Parkinson- C. de Lewy, Demencia Mixta, etc...) ingresados en el Área Residencial (156 pacientes) o que acuden al Centro del Día del CAFRS (40 pacientes) que -a través de sus familiares- hayan otorgado Consentimiento Informado para este fin. En total, se han evaluado hasta la actualidad 134 pacientes, algunos de ellos (62 en concreto), hasta en 3 ocasiones a lo largo de 1,5 años.

La base de datos consta de 920 variables por sujeto, adaptada a formato SPSS.

La UMA está formada por un equipo multidisciplinar constituido por Neurólogos, Psiquiatras y Sociólogo (dependientes de la propia UIPA), mas Geriatra, Neuropsicólogos, Terapeutas ocupacionales y Fisioterapeutas (colaboradores, dependientes del Área Asistencial).

2.- ÁREA DE LABORATORIO

A su vez, de más del 90% de estos pacientes se dispone de muestras de sangre, gestionadas por la Unidad de Laboratorio. Se encuentran debidamente procesados y almacenados los siguientes productos: sangre total, suero, plasma rico en plaquetas, plasma pobre en plaquetas, capa leucoplaquetaria, linfocitos y ADN. Consta de la instrumentación y aparataje para el desarrollo de diversas técnicas bioquímicas y moleculares, así como para el cultivo celular.

Atendido por un Ayudante de Laboratorio.

3.- ÁREA DE NEUROIMAGEN

Aproximadamente de la mitad de los pacientes revisados por la UMA (83 en el momento actual) se dispone de una o varias IRM3T evolutivas, a cargo del a Unidad de Neuroimagen). Las secuencias y modos protocolizados son: Volumetría, T2 coronal, FLAIR axial, ASL de perfusión, Espectroscopía en ambos hipocampos y cíngulo posterior, Axial EPI GE en T2 y Tensor de difusión, aunque en algunos pacientes no es posible obtener todos esos parámetros. Dotado con una plataforma RM3T con software avanzado y especializado en cerebro.

Dirigido por un Neurorradiólogo, cuenta con diversos colaboradores (neurorradiólogos, técnicos de telecomunicaciones, etc.) y Ayudante Técnico.

4.- ÁREA DE NEUROPATOLOGÍA

Se han otorgado 99 Consentimientos para donación de cerebro al fallecimiento. En la actualidad se dispone ya de 13 cerebros (material fijado y congelado), con estudio neuropatológico diagnóstico realizado. Consta de la instrumentación y aparataje necesarios para extracción, conservación y estudio de tejido cerebral.

El Departamento de Neuropatología está dirigido por un Neuropatólogo y tiene Ayudante Técnico en alerta permanente.

Para más información contactar con el Dr. Pablo Martínez, Director Científico de la UIPA (e-mail: pmartinez@fundacioncien.es), el Dr. Dobato (e-mail: jdobato@fundacioncien.es), coordinador de la UMA o visitar la página web de la Fundación CIEN (www.fundacioncien.es).

Cuestionario

ÁREAS DEPARTAMENTALES CON LAS QUE SE COLABORA	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE APOYO	<input type="checkbox"/>
	ÁREA DE LABORATORIO	<input type="checkbox"/>
	ÁREA DE NEUROIMAGEN	<input type="checkbox"/>
	ÁREA DE NEUROPATOLOGÍA	<input type="checkbox"/>

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE APOYO	
ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN COLABORACIÓN CON LA UNIDAD	
<p>1.- <u>Aportación de pacientes</u> para realización de nuevos protocolos psicométricos, de valoraciones clínicas (neurológicas o PSQ), técnicas protocolizadas de apoyo a cuidadores, terapias no farmacológicas, valoraciones /técnicas de rehabilitación motora, e incluso ensayos terapéuticos farmacológicos.</p> <p>Todo ello en el contexto de nuevos proyectos o ensayos clínicos, previamente aprobados por el Comité Ético de la Institución, con sus CCII específicos para estos nuevos estudios, y previa dotación de recursos para la realización de dichas tareas.</p> <p>En caso afirmativo, indique cuántos pacientes precisa:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>2.- <u>Aportación de datos</u> clínicos, sociodemográficos, valoraciones motoras, neuropsicológicas y psicométricas solicitados desde las Unidades de Bioquímica, Neuroimagen o Neuropatología de la UIPA, con las características señaladas en cada apartado, en función de estudios propios o en colaboración con dichas Unidades en proyectos que incluyan variables bioquímicas, genéticas, de neuroimagen o neuropatología.</p> <p>En caso afirmativo, indique qué datos precisa:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PERSONAL DESIGNADO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO	
<p>Personal financiado por la presente convocatoria de proyectos</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal, duración del contrato y dedicación a la UIPA:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<p>Personal no financiado por la presente convocatoria de proyectos</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal, entidad financiadora, duración del contrato y dedicación a la UIPA:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>¿Requerirá de los servicios del personal de la Unidad?</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal requerido y actividades a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ÁREA DE LABORATORIO	
ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN COLABORACIÓN CON LA UNIDAD	
<p>1.- <u>Aportación de muestras biológicas</u> (Biobanco UIPA)</p> <p>En caso afirmativo, indique qué tipo de muestras precisa:</p> <p><input type="checkbox"/> Sangre total (número de muestras y volumen:)</p> <p><input type="checkbox"/> Suero (número de muestras y volumen :)</p> <p><input type="checkbox"/> Plasma rico en plaquetas (número de muestras y volumen:)</p> <p><input type="checkbox"/> Plasma pobre en plaquetas (número de muestras y volumen:)</p> <p><input type="checkbox"/> Capa leucoplaquetaria (número de muestras y volumen:)</p> <p><input type="checkbox"/> Linfocitos (número de muestras y cantidad:)</p> <p><input type="checkbox"/> ADN (número de muestras y cantidad:)</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>2.- <u>Desarrollo de técnicas bioquímicas, moleculares y cultivos celulares</u></p> <p>En caso afirmativo, indique qué tipo de técnicas precisa:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PERSONAL DESIGNADO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO	
<p>Personal financiado por la presente convocatoria de proyectos</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal, duración del contrato y dedicación a la UIPA:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<p>Personal no financiado por la presente convocatoria de proyectos</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal, entidad financiadora, duración del contrato y dedicación a la UIPA:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>¿Requerirá de los servicios del personal de la Unidad?</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal y actividades a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ÁREA DE NEUROIMAGEN	
ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN COLABORACIÓN CON LA UNIDAD	
1.- <u>Volumetría</u>	
<p>Obtención de estudios 3D-T1, 3D-T2 y 3D-FLAIR con voxel isotrópico</p> <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>Segmentación de estructuras corticales y subcorticales. Segmentación manual y semiautomática de hipocampos</p> <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>Análisis Volumétrico: cuantificación absoluta, Morfometría basada en voxel (VBM)</p> <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.- <u>Relaxometría</u>	
<p>Mapas de T2</p> <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<p>Cuantificación de Hierro</p> <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>3.- <u>Perfusión</u></p>	
<p>Cuantificación de flujo mediante técnicas de Etiquetado de Spines (Arterial Spin Labeling-ASL)</p> <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>4.- <u>Difusión</u></p>	
<p>Cálculo del Coeficiente de Difusión. Creación de mapas de ADC</p> <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>Tensor de Difusión (DTI):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapas de Anisotropía Fraccional (FA) <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tractografía <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>5.- <u>Espectroscopia</u></p>	
<p>Voxel Simple</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis cualitativo de NAA, Cho, MI <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuantificación de metabolitos mediante LCModel (hasta 16 metabolitos) <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

6.- Activación Cerebral	
<p>Técnica BOLD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Bloques <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Eventos (Event-Related) <p>En caso afirmativo, indicar el número de ensayos a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PERSONAL DESIGNADO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO	
<p>Personal financiado por la presente convocatoria de proyectos</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal, duración del contrato y dedicación a la UIPA:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>Personal no financiado por la presente convocatoria de proyectos</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal, entidad financiadora, duración del contrato y dedicación a la UIPA:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>¿Requerirá de los servicios del personal de la Unidad?</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal y actividades a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
ÁREA DE NEUROLOGÍA	
ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN COLABORACIÓN CON LA UNIDAD	
<p>1.- <u>Aportación de muestras de tejido cerebral</u> (Biobanco UIPA)</p> <p>En caso afirmativo, indique qué tipo de muestras precisa:</p> <p><input type="checkbox"/> Tejido fijado en formol (número de muestras y región:)</p> <p><input type="checkbox"/> Tejido incluido en parafina (número de muestras y región:)</p> <p><input type="checkbox"/> Tejido congelado (número de muestras y región:)</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

<input type="checkbox"/> Cortes de tejido fijado (número de muestras y región:) <input type="checkbox"/> Cortes de tejido congelado (número de muestras y región:)	
<p>2.- <u>Colaboración en el procesamiento y corte de muestras de tejido cerebral externas</u></p> <p>En caso afirmativo, indique qué tipo de muestras:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>3.- <u>Desarrollo de técnicas neuropatológicas</u>: histoquímica, inmunohistoquímica e inmunofluorescencia</p> <p>En caso afirmativo, indique si las muestras pertenecen al Biobanco de la UIPA o si son externas. También indique qué tipo de técnicas precisa:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PERSONAL DESIGNADO PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO	
<p>Personal financiado por la presente convocatoria de proyectos</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal, duración del contrato y dedicación a la UIPA:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>Personal no financiado por la presente convocatoria de proyectos</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal, entidad financiadora, duración del contrato y dedicación a la UIPA:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>¿Requerirá de los servicios del personal de la Unidad?</p> <p>En caso afirmativo, indicar tipo de personal y actividades a desarrollar:</p>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO