राष्ट्रीय क्षय रोग उन्मूलन कार्यकम
राज्य आपरेशन रिसर्च समिति .उत्तरप्रदेश
शोध, थीसिस प्रस्तावो पर अनुदान आवेदन हेतु सूचना

राष्ट्रीय क्षय उन्मूलन कार्यक्रम के द्वारा मेडिकल कालेजों को राज्य क्षय रोग अधिकारी/जनपदीय जिला क्षय रोग अधिकारी के माध्यम से क्षय रोग पर आपरेशनल रिसर्च एवं थीसिस हेतु अनुदान दिया जाता है। इस अनुदान की विशेषतायें एव नियम निम्नलिखित है:–

1. शोध प्राथमिकता क्षेत्रो में किया जाये जो राष्ट्रीय रिसर्च एजेंडा के अन्तर्गत हों। सुगम संन्दर्भन हेतु वेबसाइट देखे: http://tbcindia.gov.in/showfile.php?lid=3554

2. शोध एवं शोध प्रबंन्ध अर्थात थीसिस को कालेज की इथिकल समिति द्वारा अनुमोदित होना चाहिये या आवेदन के उपरान्त शीघ्र करा लेना चाहिए। भारतीय चिकित्सा अनुसन्धान परिषद की बेवसाइट इस सम्बन्ध में उपयोगी होगी।
https://ethics.ncdirindia.org/assent/pdf/icmr_National_Ethical_Guidelines.pdf

3. प्राथमिकता के आधार पर निम्न विषयों पर थीसिस व शोध प्रस्तावओं को बनाकर संलग्न प्रारूप पर भेजे।

4. प्रस्तावो के सम्बन्ध में अपने कालेज के एन0टी0ई0पी0, नोडल अधिकारी, जनपद के जिला क्षय रोग अधिकारी एवं विश्व स्वास्थ्य संगठन, सलाहकार से विचार–विमर्श कर सकते है।

5. प्रस्ताव का इलेक्ट्रानिक प्रति ई–मेल द्वारा stfup@rntcp.org तथा चार प्रति पेपर कापी प्रो0 गजेन्द्र विक्रम सिंह, चेयरमैन स्टेट टास्क फोर्स, आचार्य एवं विभागाध्यक्ष, रेस्पीरेटरी मेडिसिन विभाग, एस0 एन0 मेडिकल कालेज आगरा–282002 को अपने कालेज के एन0टी0ई0पी0, नोडल अधिकारी के माध्यम से कालेज के कुलपति/निदेशक/प्रधानाचार्य की संस्तुति द्वारा भेजे जायें। प्रस्ताव की एक इलेक्ट्रानिक प्रति stoup@rntcp.org, तथा orup.chairman@gmail.com को भी प्रेषित करे।

6. थीमिस के सबंध में अधिकतम अनुदान रू0 30000/–मात्र प्रदान किया जायेगा। शोध कार्य के लिए दो लाख तक के प्रस्ताव राज्य आपरेशनल रिसर्च समिति द्वारा अनुमोदित किये जायेगें। इससे अधिक बजट के प्रस्तावो की संस्तुति जोनल अधिकारी, आपरेशनल रिसर्च समिति के द्वारा नेशनल टास्क फोर्स, सेन्ट्रल टी0बी0 डिवीजन, स्वास्थ एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार को आपरेशनल रिसर्च समिति के माध्यम से तथा भारत सरकार के सेन्ट्रल टीबी डिवीजन, नई दिल्ली के लिए की जायेगी।

Circulate to all HODs, notice Board and website
05/06/2024

Prof. (Dr.) Adesh Kumar
Dean (Medical Faculty)

निम्नलिखित को सूचनार्थ, सरक्यूलेशन अनुरोध एवं आवश्यक कार्यवाही हेतु प्रेषित ।

कृपया इसे अपने विश्वद्यालय की बेवसाइट ,नोटिसबोर्ड तथा मैगजीन आदि में प्रदर्शित करने का कष्ट करे। कृपया अपने चिकित्सा विश्वद्यालय, मेडिकल कालेजों के सभी विभागों में इस सूचना की प्रतिलिपि पहुॅचाने का कष्ट करेः–

1. महानिदेशक चिकित्सा शिक्षा एव प्रशिक्षण उत्तर प्रदेश।
2. एन0टी0ई0पी0, नार्थ जोन टास्क फोर्स।
3. कुलपति, के0जी0एम0यू0, लखनऊ, अलीगढ मुस्लिम विश्ववद्यालय, अलीगढ, बनारस हिन्दू विश्वद्यालय वाराणसी।
4. निदेशक एस0जी0पी0जी0आई0 एवं राम मनोहर लोहिया आर्युविज्ञान संस्थान लखनऊ, उत्तर प्रदेश चिकित्सा विश्वद्यालय सैफाई, इटावा, निदेशक, बाल रोग संस्थान नोएडा।
5. उत्तर प्रदेश के समस्त शासकीय एवं निजी मेडिकल कालेजो के प्रधानाचार्य।
6. मेडिकल कालेजो से सम्बन्धित जनपदो के मुख्य चिकित्सा अधिकारी गण।
7. मेडिकल कालेजो से सम्बन्धित जनपदों के जिला क्षय रोग अधिकारी गण।
8. सलाहकार, विश्व स्वास्थ्य संगठन, एन0टी0ई0पी0 उत्तर प्रदेश

Richa

प्रो0ऋिचा मिश्रा
अध्यक्ष, उ0प्र0 आपरेशन रिसर्च
एन0टी0ई0पी0, एवं आचार्य
माइक्रोबायलोजी विभाग,
एस.जी.पी.जी.आई.एम.एस, लखनऊ

डा0शैलेन्द्र भटनागर
राज्य क्षय रोग अधिकारी
उ0प्र0

प्रो0गजेन्द्र विकम सिंह
अध्यक्ष उत्तर प्रदेश राज्य टास्क फोर्स
एन0टी0ई0पी0 एवं विभागाध्यक्ष,
रेस्पिरेटरी मेडिसिन, एस0एन0,मेडिकल
कालेज, आगरा

संलग्न करेः–
(1) थीसिस प्रस्ताव का प्रारूप।
(2) शोध प्रस्ताव का प्रारूप।

FORMATFORDESIGNINGTHESISPROPOSAL
FORGRANTFROMNTEPOPERATIONRESEARCHUTTARPRADESH
SECTIONA
GENERAL

01.	TITLEOFTHETHESIS PROJECT	:			
02.	NameofPGstudent	:			
03.	Department	:			
			Names	Designation	Deptt.
04.	Name&designationof Supervisor	:			
	Names&designationsofco-supervisors	i			
		ii			
		iii			
		Iv			
		v			
		vi			
05.	NameofInstitution	:			
06.	PostaladdressofInstitution	:			
07.	Mailid&PhofInstitution	:			
08.	Mailid&mob.No.ofHOD	:			
09.	Mailid&mob.No.ofSup.	:			
10.	Mailid&Mobno.PGStd.	:			
11.	DurationofThesisProject(Maximum2years):				
12.	AmountofGrantaskedfor(MaximumRs30,000.00)DetailstofurnishinSec.B				
13.	DECLARATIONANDATTESTATION				
(i)	I/WeagreetosubmitwithinonemonthfromthedateofterminationofThesisProjectthefinalreport				
(ii)	I/Weagreetosubmit a copy of the utilization certificate from the parent institute				
14.	SignaturesofwithDates:				
	a.PGStudent				
	b.Supervisor				
	c. Headof Department				
	d.Headofthe Institution				
	SealofHeadoftheInstitution				

SectionB

DETAILSOFTHETHESISPROTOCOL

Adequateinformationmustbefurnishedinabriefbutself-containedmannertoenabletheOperationResearchCommitteetoassesstheproject.

PleasetypeonA-4papersasperfollowingformat:

01. TitleoftheThesisproject:

02. ABriefwriteuponusefulnessoftheprojectanditsapplicationtoNTEP

03. Presentknowledge/literatureonthesubject(includinglatestreferralsfromIndia /abroad

04. Aims&Objectives

05. DetailedMethodologyIncluding

- **a. StudyDesign(Crosssectional,longitudinaletc.)**
- **b. Sampling(Simplerandom,Clusteretc.**
- **c. Samplesize**
- **d. SelectionofSamples**
- **e. Definitions&Procedure**
- **f. Questionnaireifany**
- **g. Mapsetc.ifrequired**
- **h. Figuresifany**
- **i. Howanalysiswillbecarriedout**

06. Bibliography:

07. BudgetRequirements(withfulldetailedbreak-upandfulljustification)

- **(i) Contingencies**
  - **a. Recurring**
  - **b. Non-recurring**

NOTE:

ThefinalreportoftheThesisProjectwouldalsobesubmittedinthesameformatandincludesectiononResults,Discussion,Summary,Conclusions,RecommendationandBibliography.

SectionC

BIODATAOFTHEPGSTUDENT,SUPERVISORANDCO-SUPERVISORS (Typedonseparatepages)

01. Name :

(FirstName) (Surname)

02. CompletePostalAddress :

includingPinCode,E-mail,andMobilenumbers

03. DateofBirth :

04.	EducationalQualificationDegreesobtained(beginwithMBBS)			
	Degree	Institution&University	Fields	Year

07. Researchspecialization(Majorscientificfieldofinterest)

08. RecentPublications(last5years)withtitlesandreferences)includingpapersinpress

(i)
(ii)
(ii)
(iii)
(iv)

09. GivedetailsofFinancialSupportreceived(ifany)fromothersources

SignaturewithDateofStudent/Supervisor/
Co-supervisor

FORMATFORDESIGNINGOPERATIONALRESEARCHPROPOSAL
SectionA
GENERAL

1 TitleoftheResearchProject

2 Nameanddesignationof
   (i) PrincipalInvestigators
   (ii) Co-investigator(s)

3 Address of the Institution
   Name :

   Postaladdress :

   Emailaddress :

   Telephone FAX TelexNo.

4 DurationofResearchProject(Maximum5Years)
   (i) Periodwhichmaybeneededforcollectingthedata
   (ii) Periodwhichmaybeneededforanalysingthedata

5 Amountofgrant-in-aidaskedfor(detailsaretobefurnishedinsectionB)

	1st Year	2ndYear	3rdYear	Total
Staff				
Contingencies				
Total				

DECLARATIONANDATTESTATION

6 (i) I/We agreetosubmit withinonemonthfromthedateofterminationofthe project the final report and a list of articles, both expandable and non-expendable, left on the closure of the project.

(ii) I/weagreetosubmita copy of the utilization certificate from the parentInstitute.

Signatureofthe:
(a) PrincipalInvestigator ------------------------------

(b) Co-Investigator(s) ------------------------------

(c) HeadoftheDepartment ------------------------------

(d) HeadoftheInstitute ------------------------------

Dated SealoftheHeadof theInstitution

Section–B

DETAILSOFTHERESEARCHPROTOCOL

Adequateinformationmustbefurnishedinabriefbutself-containedmannertoenable the NCTD/National OR Committee to assess the project.

1 TitleoftheResearchProject.

2 Abriefwrite-uponusefulnessoftheprojectanditsapplicationtoRNTCP.

3 Presentknowledge/literatureonthesubject(includinglatestreferralsfromAbroad – India)

4 Objectives.

5 DetailedMethodologyincluding.
   (a) Studydesign(cross-sectional,longitudinaletc.)
   (b) Sampling(simplerandom,clusteretc.)
   (c) Samplesize
   (d) SelectionofSamples
   (e) Definitions,procedure
   (f) Questionnaireifany
   (g) Mapsetc.if required
   (h) Howanalysiswillbecarriedout

6 Bibliography

7 Budgetrequirements(withdetailedbreak-upandfulljustification):
   i) HR

   ii) Contingencies
      a) Recurring
      b) Non-recurring

NOTE:

1. ThefinalreportoftheResearchProjectwouldalsobesubmittedinthesame format and include section on Results, Discussion, Summary and Conclusions, Recommendation and Bibliography.

Section–B

BIODATAOFTHE INVESTIGATOR(S)

1 Name(Dr./Kum./Smt./Shri) : ______________________

FirstName(s) Surname

2 Designation :

3 CompletePostalAddressandPin,Email:
TelephoneNumber :

4 DateofBirth :

5 EducationalQualification
Degreesobtained(BeginwithMBBS) :

Degree	Institution	Field(s)	Year

6 Research/TrainingExperience(apartfrom Thesis)

Duration	Institution	Particularsoftheworkdone

7 Researchspecialization
(Majorscientificfieldsofinterest)

8 Recentpublications(last5years,withtitlesandreferences),alsopapersinpress (i)

(ii)

(iii)

(iv)

(v)

9 Givedetailsoffinancialsupportreceived(ifany)fromothersources

SignaturewithDate