



## REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (RePIS)

N° de RePIS

### REGISTRO DE INVESTIGACIONES NO REGULADAS, SIN FINES REGISTRALES

I. PATROCINANTE (Universidad, Fundación, Institución que otorga beca, sponsor, etc. Corresponde marcar NO, si es independiente o de autogestión)			
Posee patrocinio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Identificación			
Domicilio legal			E-mail <input type="text"/>
Carácter:	Público <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

II. TÍTULO			
Título de la Investigación			
Especialidad vinculada			
Nombre de la droga en estudio (en caso de corresponder)			
Objetivo principal			
Protocolo (Versión y fecha)			
Consentimiento Informado (Versión y fecha)		Declaración de confidencialidad (Ley 25326)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

III. INVESTIGADOR		N° RePIS
Nombre y apellido Investigador Principal		
SUB INVESTIGADOR		
Nombre y apellido Sub investigador		N° RePIS Investigador (no obligatorio)
Sub investigador, email		Teléfono
EQUIPO DE INVESTIGADORES		
Nombre y apellido		

IV. TIPO DE INVESTIGACIÓN (marcar con cruz lo que corresponda)			
Descriptivo	<input type="checkbox"/>	Descriptivo simple	Observacional
	<input type="checkbox"/>	Descriptivo correlacional	
	<input type="checkbox"/>	Descriptivo longitudinal	
	<input type="checkbox"/>	de Cohortes	
	<input type="checkbox"/>	de Casos y Controles	
Estudio clínico fase IV			<input type="checkbox"/> Otros (Describir):

V. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO (marcar lo que corresponda, pueden ser varias marcas)	
<input type="checkbox"/>	Genética
<input type="checkbox"/>	Reproducción
<input type="checkbox"/>	Vacunas
<input type="checkbox"/>	Investigaciones consideradas de alto riesgo
<input type="checkbox"/>	Nuevos procedimientos aún no descriptos en la literatura
<input type="checkbox"/>	Grupos vulnerable

VI. VINCULACIÓN INTERNACIONAL	
<input type="checkbox"/>	Investigaciones coordinadas desde el extranjero o con participación extranjera
<input type="checkbox"/>	Estudios que incluyen envío de material biológico al extranjero

VII. ALCANCE DEL ESTUDIO							
<input type="checkbox"/>	Estudios multicéntricos	<input type="checkbox"/>	Local	<input type="checkbox"/>	Nacional	<input type="checkbox"/>	Internacional
<input type="checkbox"/>	Otros:						

VIII. DURACIÓN	
Duración de la Investigación (tiempo estimado desde el inicio a la finalización)	

IX. CENTRO DE INVESTIGACIÓN (LUGAR DE DONDE SE EXTRAE LA MUESTRA / PACIENTES)		N° REPIS DEL CENTRO
Establecimiento/s:		
Ciudad:		
AUTORIDAD RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO		
Apellido y nombre		Firma, sello y fecha
Cargo		

X. INSTITUCIÓN DONDE SE PROCESAN LOS DATOS		N° REPIS DEL CENTRO
Establecimiento/s:		
Ciudad:		
AUTORIDAD RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO		
Apellido y Nombre		Firma, sello y fecha
Cargo		

XI. PÓLIZA DE SEGURO		Si aplica <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
Compañía aseguradora			
Domicilio:			
Teléfono			
Vigencia de la póliza y/o cobertura (deber tener vigencia mayor de 15 días al momento de presentar este formulario)	____/____/20____		

XII. PAGO DE TASA RETRIBUTIVA			
Tasa de Registro	N° de Ticket / Liquidación:	Fecha de pago	____/____/20____
Tasa de evaluación CIEIS público	N° de Ticket / Liquidación:	Fecha de pago	____/____/20____
Tasa de refrendación / evaluación CoEIS	N° de Ticket / Liquidación:	Fecha de pago	____/____/20____

XIII. CIEIS QUE EVALUÓ EL ESTUDIO	
Nombre	
Institución	
Coordinador	

.....  
Firma Investigador

Sello

.....  
Fecha

XIV. INFORME CIEIS	
Resultado evaluación CIEIS	<input type="checkbox"/> Aprobada
	<input type="checkbox"/> Aprobada con recomendación
	<input type="checkbox"/> Condicionada y aprobada
	<input type="checkbox"/> Rechazado
	<input type="checkbox"/> Condicionada y rechazada

.....  
Firma Coordinador  
del CIEIS

Sello

.....  
Fecha

XV. EVALUACIÓN DE COEIS	
Se solicita evaluación al CoEIS	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo	Apelación CIEIS <input type="checkbox"/> Apelación Investigador <input type="checkbox"/> Otras causas <input type="checkbox"/>

XVI. INFORME EVALUACION DEL COEIS (cuando corresponda)	
Resultado evaluación	<input type="checkbox"/> Aprobado
	<input type="checkbox"/> Aprobado con recomendación
	<input type="checkbox"/> Condicionada y aprobada
	<input type="checkbox"/> Condicionada y rechazada
	<input type="checkbox"/> Rechazada

**La información de este formulario tiene carácter de declaración jurada por lo que no se aceptarán inscripciones manuales ni enmiendas realizadas al mismo.**

Firma y sello CoEIS

Firma y sello CoEIS

Firma y sello CoEIS

.....  
FechaInstrucciones para investigadores y CIEIS:

- El Investigador deberá presentar ante el CIEIS este formulario, en original, impreso en forma continua, por triplicado, debidamente fechado, firmado y sellado.
- El CIEIS deberá presentar este formulario ante el RePIS, cumplimentando todos los requisitos exigidos en la Disposición 37/2018
- Este formulario deberá ser llenado por computadora
- El CIEIS deberá informar al RePIS, mediante el formulario correspondiente, en un plazo de 10 días hábiles el inicio, reclutamiento, finalización, suspensión y/o cancelación del protocolo.