

Ministerio de
SALUDGOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
CORDOBA

REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (RePIS)

REGISTRO DE INVESTIGACIONES NO PATROCINADAS POR LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

N° DE RePIS
DE INVESTIGACIONES NO
PATROCINADAS POR LA
INDUSTRIA FARMACEUTICA

I. PATROCINANTE (Universidad, Fundación, Institución que otorga beca. Corresponde marcar NO, si es independiente de autogestión)			
Posee Patrocinante:	SI ☐	NO ☐	
Identificación:			
Carácter:	Público ☐	Privado ☐	Otro ☐
II. TÍTULO			
Título de la Investigación			
Especialidad Vinculada			
Objetivo principal			
Consentimiento Informado (Versión y Fecha)	SI ☐	NO ☐	Declaración de confidencialidad SI ☐ NO ☐

III. INVESTIGADOR		N° RePIS Investigador
Nombre Investigador Principal		
IV. EQUIPO DE INVESTIGADORES		
Nombres		

V. TIPO DE INVESTIGACIÓN (marcar con cruz lo que corresponda)					
Descriptivo	☐	Descriptivo simple	Observacional	☐	de Cohortes
	☐	Descriptivo correlacional		☐	de Casos y Controles
	☐	Descriptivo longitudinal			
☐ Otros (Describir):					

VI. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO (marcar lo que corresponda, pueden ser varias marcas)	
☐	Investigación en Genética humana
☐	Investigación en Reproducción Humana
☐	Estudios Farmacológicos en Fase I o II
☐	Estudios Clínicos con Vacunas (cualquier Fase)
☐	Investigaciones consideradas de alto riesgo
☐	Nuevos procedimientos aún no descriptos y/o validados en la literatura (aún en Fase IV)
☐	Investigación con grupos vulnerables, (niños, embarazadas, ancianos, pacientes psiquiátricos, discapacitados, poblaciones marginales, prisioneros, etc.)

☐	Estudios que incluyen investigación en farmacogenómica
--------------------------	--

VII. VINCULACIÓN INTERNACIONAL

☐	Investigaciones coordinadas desde el extranjero o con participación extranjera
☐	Estudios que incluyen envío de material biológico al extranjero

VIII. ALCANCE DEL ESTUDIO

☐	Estudios multicéntricos	☐	Local	☐	Nacional	☐	Internacional
☐	Otros:						

IX. DURACIÓN

Duración de la Investigación (tiempo estimado desde el inicio a la terminación)	
---	--

X. LUGAR DE REALIZACIÓN

N° DE REPIS DEL CENTRO

Establecimiento/s:			
Ciudad:			
Domicilio:			
Ámbito:	Público ☐	Privado ☐	Otros (Especificar):

XI. AUTORIDAD RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO

Firma y sello de la autoridad- Fecha

Apellido y Nombre		
Cargo		

XII. PÓLIZA DE SEGURO ☐ No aplica

Compañía Aseguradora			
Domicilio:			
Ciudad:			
País			
Fecha de vencimiento (deber tener vigencia mayor a 15 días al momento de presentar este formulario)	____/____/20____		
Póliza presenta renovación automática:	☐ Si	☐ No	Período de duración de cada Renovación:

XIII. CIEIS- COMITÉ CAPACITACIÓN Y DOCENCIA- COMITÉ ACADEMICO DONDE SE PRESENTO EL ESTUDIO

Nombre			
Institución			
Coordinador			

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

Firma Investigador Principal

Sello

Fecha

XV. EVALUACIÓN DEL CIEIS , INSTITUCION ACADEMICA (Comité de tesis, Comité Capacitación y Docencia, otros)

Tiene Evaluación:	☐ Si	☐ No
Organismo evaluador	☐	Comité de tesis universitaria o Entidad deontológica (Consejo de Médicos)
	☐	Comité de Capacitación y docencia
	☐	Otros
Resultado Evaluación	☐	Condicionada
	☐	Aprobada
	☐	Rechazada

Firma Autoridad/ Responsable
del CIEIS- CCD-Comité académico

Sello

Fecha

XVI. EVALUACIÓN DE COEIS	
Se Solicita Evaluación:	☐ Si ☐ No
Razón:	☐ La investigación posee características nombradas en el Art. 21- Ley 9694/09 (Art. 18 Res. 22/07)
	☐ La investigación posee características nombradas en el Art.22- Ley 9694/09 (Art. 19 Res. 22/07)
	☐ Ambos

XVII. INFORME CONSEJO DE EVALUACIÓN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD COEIS (cuando corresponda)	
Resultado Evaluación	☐ Aprobado
	☐ Aprobado con recomendación
	☐ Condicionada y aprobada
	☐ Condicionada y rechazada
	☐ Rechazada
	☐ Rechazada por no cumplir condicionamiento

Firma Autoridad/ Responsable

Firma Autoridad/ Responsable

Firma Autoridad/ Responsable

Fecha