




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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Identificación:			
Carácter:	Público <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
II. TÍTULO			
Título de la Investigación			
Especialidad Vinculada			
Objetivo principal			
Consentimiento Informado (Versión y Fecha)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Declaración de confidencialidad
			SI <input type="checkbox"/>
			NO <input type="checkbox"/>
III. INVESTIGADOR			
Nombre Investigador Principal			
IV. EQUIPO DE INVESTIGADORES			
Nombres			
V. TIPO DE INVESTIGACIÓN (marcar con cruz lo que corresponda)			
Descriptivo	<input type="checkbox"/> Descriptivo simple	Observacional	<input type="checkbox"/> de Cohortes
	<input type="checkbox"/> Descriptivo correlacional		<input type="checkbox"/> de Casos y Controles
	<input type="checkbox"/> Descriptivo longitudinal		
	<input type="checkbox"/> Otros (Describir):		
VI. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO (marcar lo que corresponda, pueden ser varias marcas)			
<input type="checkbox"/>	Investigación en Genética humana		
<input type="checkbox"/>	Investigación en Reproducción Humana		
<input type="checkbox"/>	Estudios Farmacológicos en Fase I o II		
<input type="checkbox"/>	Estudios Clínicos con Vacunas (cualquier Fase)		
<input type="checkbox"/>	Investigaciones consideradas de alto riesgo		
<input type="checkbox"/>	Nuevos procedimientos aún no descriptos y/o validados en la literatura (aún en Fase IV)		
<input type="checkbox"/>	Investigación con grupos vulnerables, (niños, embarazadas, ancianos, pacientes psiquiátricos, discapacitados, poblaciones marginales, prisioneros, etc.)		

<input type="checkbox"/>	Estudios que incluyen investigación en farmacogenómica
VII. 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

VIII. ALCANCE DEL ESTUDIO							
<input type="checkbox"/>	Estudios multicéntricos	<input type="checkbox"/>	Local	<input type="checkbox"/>	Nacional	<input type="checkbox"/>	Internacional
<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>	Otros (Especificar):
XI. AUTORIDAD RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO		Firma y sello de la autoridad- Fecha	
Apellido y Nombre			
Cargo			

XII. PÓLIZA DE SEGURO	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Organismo evaluador	<input type="checkbox"/> Comité de tesis universitaria o Entidad deontológica (Consejo de Médicos)
	<input type="checkbox"/> Comité de Capacitación y docencia
	<input type="checkbox"/> Otros
Resultado Evaluación	<input type="checkbox"/> Condicionada
	<input type="checkbox"/> Aprobada
	<input type="checkbox"/> Rechazada

.....
Firma Autoridad/ Responsable
del CIEIS- CCD-Comité académico

.....
Sello

.....
Fecha

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

XVII. INFORME CONSEJO DE EVALUACIÓN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 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
	<input type="checkbox"/> Rechazada por no cumplir condicionamiento

Firma Autoridad/ Responsable

Firma Autoridad/ Responsable

Firma Autoridad/ Responsable

.....
Fecha