

Ministerio de  
**SALUD**

**ENTRE  
TODOS**

Gobierno de la Provincia de  
**CÓRDOBA**

**VAMOS  
MÁS ALTO**

## 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					
Protocolo (Versión y Fecha)					
Consentimiento Informado (Versión y Fecha)		Declaración de confidencialidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
III. INVESTIGADOR			N° RePIS Investigador		
Nombre Investigador Principal					
EQUIPO DE INVESTIGADORES					
Nombres					
IV. 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):			
V. 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 descritos 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

**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 terminación)	
---	--

IX. CENTRO DE INVESTIGACIÓN: (LUGAR DE DONDE SE EXTRAE LA MUESTRA / PACIENTES)		N° DE REPIS DEL CENTRO
Establecimiento/s:		
Ciudad:		
Domicilio:		
Ámbito:	Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros (Especificar):	
AUTORIDAD RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO		Firma y sello de la autoridad- Fecha
Apellido y Nombre		
Cargo		

X. INSTITUCIÓN DONDE SE PROCESAN LOS DATOS		
Establecimiento/s:		
Ciudad:		
Domicilio:		
Ámbito:	Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otros (Especificar):	
AUTORIDAD RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO		Firma y sello de la autoridad- Fecha
Apellido y Nombre		
Cargo		

<b>XI. PÓLIZA DE SEGURO</b>	<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:	

XII. CIEIS 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

XIII. EVALUACIÓN DEL CIEIS	
Organismo evaluador	
Resultado Evaluación	<input type="checkbox"/> <b>Condicionada</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Aprobada</b>
	<input type="checkbox"/> Rechazada

Firma de la autoridad responsable  
Del CIEIS

Sello

Fecha

XIV. 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

XV. INFORME CONSEJO DE EVALUACIÓN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD COEIS (cuando corresponda)	
<b>Resultado Evaluación</b>	<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