

REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
(RePIS)

N° de RePIS

REGISTRO DE INVESTIGACIONES
NO REGULADAS, SIN FINES REGISTRABLES

I. PATROCINANTE			
Identificación:			
E-mail			
Domicilio legal			
II. CRO (Organización de Investigación por Contrato)			
Posee CRO	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Identificación			
E-mail		Teléfono	
Ámbito	Local <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/>	Internacional <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Domicilio legal			

III. DATOS DEL ESTUDIO			
Título			
Número		Nombre abreviado	
Especialidad vinculada			
Nombre de la droga en estudio			
Protocolo (Versión y fecha)			
Consentimiento Informado (Versión y fecha)			

IV. INVESTIGADORES			
Nombre y apellido Investigador Principal		N° RePIS	
Nombre y apellido Sub investigador		N° RePIS (no obligatorio)	
Sub investigador, e-mail		Teléfono	
EQUIPO DE INVESTIGACIÓN			

Nombre y apellido		N° RePIS Investigador (no obligatorio)	

V. TIPO DE INVESTIGACIÓN (marcar con cruz lo que corresponda)			
<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			
Estudio clínico fase IV		<input type="checkbox"/> Otros (Describir):	

VI. DURACIÓN	
Tiempo total de participación del paciente en el estudio	<input type="checkbox"/> Menos de 12 semanas / Meses: <input type="checkbox"/> Más de 12 semanas / Meses:

VII. CENTRO DE INVESTIGACIÓN		N° RePIS
Establecimiento		
AUTORIDAD RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO		
Nombre y apellido		Firma, sello y fecha
Cargo		

VIII.. PÓLIZA DE SEGURO		Si aplica <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>
Compañía aseguradora			
Domicilio:			
Teléfono			
Vigencia de la póliza:		Vigencia de la cobertura:	

IX. CIEIS QUE EVALUÓ EL ESTUDIO	
Nombre	
Institución	
Coordinador	

X. PAGO DE TASA RETRIBUTIVA			
Tasa de Registro	N° Liquidación:	Fecha de pago	___/___/20__
Tasa de evaluación CIEIS público	N° Liquidación:	Fecha de pago	___/___/20__

Firma y Sello Investigador

Fecha

XI. DICTAMEN DEL CIEIS (Uso exclusivo del CIEIS, se completa manualmente)	
<input type="checkbox"/>	Aprobado
<input type="checkbox"/>	Aprobado con recomendación
<input type="checkbox"/>	Condicionado y aprobado
<input type="checkbox"/>	Condicionado y rechazado
<input type="checkbox"/>	Rechazado

Firma y Sello Coordinador
del CIEIS

Fecha

XII. EVALUACIÓN DE COEIS (Uso exclusivo del CIEIS, se completa manualmente)	
Se solicita evaluación al CoEIS	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Motivo	Solicitud CIEIS <input type="checkbox"/> Apelación Investigador <input type="checkbox"/> Otras causas <input type="checkbox"/>

XIII. INFORME EVALUACION DEL COEIS (Uso exclusivo del CoEIS, se completa manualmente)	
Resultado	<input type="checkbox"/> Aprobado
	<input type="checkbox"/> Aprobado con recomendación
	<input type="checkbox"/> Condicionado y aprobado
	<input type="checkbox"/> Condicionado y rechazado
	<input type="checkbox"/> Rechazado

La información de este formulario tiene carácter de declaración jurada por lo que no se aceptarán inscripciones manuales ni enmiendas realizadas al mismo, excepto los puntos XI, XII y XIII, que se completan manualmente, según quien corresponda.

Firma y sello miembro CoEIS

Firma y sello miembro CoEIS

Firma y sello miembro CoEIS

Instrucciones 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.