*Formulario\_Informe\_AVANCE\_INICIO\_V\_1\_2018*

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (RePIS)****I N F O R M E D E A V A N C E : I N I C I O****INVESTIGACIONES NO REGULADAS SIN FINES REGISTRALES** | **N° DE RePIS INVESTIGACIÓN ORIGINAL** |



|  |
| --- |
| **I. INVESTIGACIÓN** |
| Título de la Investigación y versión |  |
| Número |  | Nombre abreviado |  |

|  |
| --- |
| **II. INVESTIGADOR** |
| Nombre Investigador Principal |  | N° RePIS Investigador |  |

|  |
| --- |
| **III. LUGAR DE REALIZACIÓN** |
| **Establecimiento/s** |  |

|  |
| --- |
| **IV. COMITE INSTITUCIONAL DE ETICA DE LA INVESTIGACION EN SALUD DONDE SE PRESENTO EL ESTUDIO** |
| Nombre |  |
| Institución |  |
| Coordinador |  |

|  |
| --- |
| **V. INFORME DE INICIO** |
| **FECHA DE INICIO** |  / / 20  | **Número de Pacientes que se estima Reclutar** |  |

|  |
| --- |
| **VI. PÓLIZA DE SEGURO** |
| Compañía Aseguradora |  |
| 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: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma Investigador | Sello | ***Fecha*** |

|  |
| --- |
| ***La información de este formulario tiene carácter de declaración jurada por lo que no se aceptarán inscripciones manuales ni enmiendas realizadas al mismo.*** |
| Firma Autoridad/ Responsable del CIEIS | Sello | ***Fecha*** |

**Instrucciones para promotores/ investigadores y CIEIS:**

* El Investigador debe presentar ante el CIEIS este formulario por triplicado debidamente fechado, firmado y sellado en un plazo no mayor de 10 días hábiles de producido el inicio, finalización, cancelación o suspensión.
* El CIEIS presentará ante el RePIS el formulario de Informe de avance en un plazo no mayor de 10 días hábiles del reporte de inicio por el investigador.

**1**