Ministerio de Salud

Servicio de Salud

Metropolitano Sur Oriente

Hospital Padre Alberto Hurtado

Comité Ético Científico

**ANEXO 1**

FORMULARIO ANEXO PRESENTACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

A REALIZAR EN HOSPITAL PADRE HURTADO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICACIÓN | | | | |
| Centro de Responsabilidad |  | | | |
| Área específica |  | | | |
| Nombre del Proyecto |  | | | |
| Investigador Responsable |  | | | |
| Correo electrónico |  | | | |
| Teléfono |  | | | |
|  | | | | |
| Patrocinador (identificar) |  | | | |
| Público |  | | | |
| Privado |  | | | |
| TIPO DE ESTUDIO (ver imagen apoyo) | | | | |
| Ensayo Clínico |  | | | |
| Prospectivo |  | | | |
| Retrospectivo |  | | | |
| Caso-Control |  | | | |
| Cualitativo |  | | | |
|  | | | | |
| REQUERIMIENTOS | | | | |
| 1. **Laboratorio** | | | | |
| Exámenes estándar realizados en laboratorio HPH |  | | | |
| Otros exámenes (detallar e indicar financiamiento) |  | | | |
| Necesidad de almacenaje de muestras |  | | | |
| 1. **Farmacia** | | | | |
| b.1) Fármacos |  | | | |
| Fármacos tratamiento estándar |  | | | |
| Otros fármacos (detallar e indicar financiamiento) |  | | | |
| b.2) Insumos | | | | |
| Insumos de uso habitual |  | | | |
| Otros insumos (detallar e indicar financiamiento) |  | | | |
| 1. **Imagenología** | | | | |
| Imágenes de manejo estándar |  | | | |
| Procedimientos especiales (especificar e indicar financiamiento) |  | | | |
| Otros (explicitar e indicar financiamiento) |  | | | |
| 1. **Infraestructura** | Si | **No** | Tiempo | Frecuencia |
| Box |  |  |  |  |
| Oficina |  |  |  |  |
| Auditorio |  |  |  |  |
| Observaciones | | | | |
| 1. **Otros Requerimientos** | Especificar | | | |
| Informática |  | | | |
| Estadística |  | | | |
| Archivo |  | | | |
| Otros |  | | | |
| TIEMPO DESTINADO AL ESTUDIO (detallar unidad de tiempo/período) | | | | |
| Recurso Humano | Tiempo institucional (indicar hrs y frecuencia) | | | Tiempo No institucional(indicar hrs y frecuencia |
| Investigador Responsable |  | | |  |
| Coinvestigadores |  | | |  |
| Requiere participación de otros funcionarios: (Si-No) |  | | |  |
| Administrativos |  | | |  |
| Auxiliar de Apoyo – TENS |  | | |  |
| Otros profesionales (especificar) |  | | |  |

Documentos adjuntos

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Proyecto |  |  | Curriculum Vitae y Certificados de Título |  |
| Certificado de Buenas Prácticas en Investigación |  | Carta de Compromiso del Investigador |  |
| Consentimiento Informado (CI) |  | Compromiso de Confidencialidad |  |
| Solicitud Exención CI (\*) |  | Declaración Conflictos de Interés |  |
| Registros específicos |  | Póliza de Seguro (\*) |  |
| Memorándum Jefe Unidad |  | Comprobante de Pago en Finanzas (\*) |  |
| Otros |  |  |  |  |

(\*) Cuando corresponda.

Firma Investigador Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma Jefe Unidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Un conjunto de letras negras en un fondo negro

Descripción generada automáticamente con confianza media