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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

