

Ministerio de
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
CÓRDOBA



Hacemos

REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
(RePIS)

N° de RePIS

REGISTRO DE INVESTIGACIONES
NO REGULADAS, SIN FINES REGISTRALES

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 del medicamento o producto médico			
Protocolo (Versión y fecha)			
Consentimiento Informado (Versión y fecha)			

IV. INVESTIGADORES			
Nombre y apellido Investigador Principal		N° RePIS	

Ministerio de
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
CÓRDOBA



Hacemos

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			
<input type="checkbox"/> Estudio clínico fase IV		<input type="checkbox"/> Estudio Piloto o de Concepto	<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____

Ministerio de
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
CÓRDOBA



Hacemos

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

Ministerio de
SALUD



Hacemos

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.