**Anexo 33. Formato de Inicio de Investigación de estudios observacionales o de intervención**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN** | | | |
| **Código CEISH-UNIANDES:** |  | | |
| **Tipo de Investigación:** |  | | |
| **Financiamiento y Monto:** |  | | |
| **Periodo de duración de la investigación:** |  | | |
| **Fecha del informe:** |  | **Periodo:** |  |

|  |
| --- |
| **Título de la Investigación** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objetivos de la Investigación** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Investigadores participantes** | | | | | |
| **Función/Rol** | **Nombre completo** | **Cédula de ciudadanía/ Pasaporte** | **Entidad a la que pertenece** | **Correo electrónico personal e institucional** | **Teléfono celular** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Establecimientos de salud donde se realizará la investigación y/o se recolectarán las muestras biológicas** | | | | | |
| **Nombre Institución** | **Tipo**  **Pública/privada** | **Dirección Postal** | **Persona de Contacto** | **Correo electrónico**  **Persona contacto** | **Teléfono**  **Persona contacto** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **B. AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN** | |
| **Aprobación CEISH-UNIANDES:** | *Día, mes, año*  *Código de informe de evaluación* |
| **Aprobación Dirección Nacional de Investigación en Salud (DIS-MSP):**  **(si aplica)** | *Día, mes, año*  *Código de informe(s) de revisión*  *Adjuntar copia de carta de aprobación de la DIS-MSP* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C. EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN** | | | |
| **Fecha de inicio de ejecución de la investigación:** | | *día, mes, año* | |
| **Fecha prevista de finalización de la investigación:** | | *día, mes, año* | |
| **Estado actual de la investigación:** | | | |
| **No inicia proceso de inclusión de sujetos de investigación**  **(si aplica)** |  | *Justificar los motivos por los cuales no ha iniciado el proceso de inclusión de sujetos de investigación.*  *En las investigaciones con un solo sujeto de investigación (análisis de historia clínica) la fecha de inclusión de primer sujeto de investigación y la fecha de cierre de reclutamiento debe ser la misma.* | |
| **Abierto a inclusión de sujetos de investigación\***  **(si aplica)** |  | **Fecha de inclusión de primer sujeto de investigación:** | *día, mes, año* |
| **Fecha prevista de cierre de reclutamiento:** | *día, mes, año* |
| **Cerrado a inclusión de sujetos de investigación**  **(si aplica)** |  | **Fecha de inclusión de primer sujeto de investigación:** | *día, mes, año* |
| **Fecha de cierre de reclutamiento:** | *día, mes, año* |

*\* En caso de haber iniciado con la inclusión de sujetos de investigación, adjuntar copia de último consentimiento informado obtenido.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SUJETOS DE INVESTIGACIÓN** | | |
| **Tamaño muestral:** |  | |
| **Número de sujetos incluidos en la investigación hasta el momento:** |  | |
| **¿Se alcanzará el tamaño muestral?** | Si |  |
| No |  |
| *Explicar los motivos por los cuales no se alcanzará el tamaño muestral* | |

|  |
| --- |
| **AVANCES** |
| *Describa los avances de la investigación a la fecha.* |

|  |
| --- |
| **LIMITACIONES** |
| *Resuma brevemente las limitaciones/inconvenientes/retrasos que se han suscitado hasta el momento, y que afecten a la ejecución de la investigación.* |

Certifico que la información contenida en este documento es veraz y que esta investigación se ejecuta de conformidad con el proyecto de investigación aprobado por el CEISH-UNIANDES.

(año, mes día)

Firma de investigador principal

Nombres completos del investigador principal

Nombre de la institución

Correo electrónico:

Telf.: