**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.: