



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
Dos de Mayo

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

R.D. Nº 224 – 2018 / D / HNDM

Fecha: 11 / 12 / 2018

Comité de Ética en
Investigación Biomédica

FORMULARIO Nº 01

- SOLICITO:** Aprobación y autorización para realizar Estudio de Investigación
 Renovación / Extensión de tiempo para realizar Estudio de Investigación

SEÑOR (a) DIRECTOR (a) DEL HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”

Mediante la presente el (los) autor (es):

Estudiante () Médico () Residente () Otros Profesionales () de la Institución:

Me dirijo (nos dirigimos) a usted para solicitar aprobación y autorización del Estudio de Investigación titulado:

y que deseo(amos) llevar acabo en esta prestigiosa Institución.

Los resultados de éste estudio serán usados para: (Marcar con un Aspa)

- 1.- Tesis: Universidad
 2.- Tarea de un curso de Universidad
 3.- Ensayo Clínico: Patrocinado por Laboratorio: _____
 4.- Presentación a Congreso / Publicación
 5.- Otros: _____

Asimismo; entiendo que para la aprobación del estudio en mención, éste será revisado por el Equipo de Investigación de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación (OACDI), el Comité de Ética en Investigación Biomédica (si así lo amerita), y la Jefatura del Departamento donde el estudio se realizará; para lo cual adjunto el protocolo del Estudio.

He (mos) coordinado con el (la), Dr. (a.), Lic., _____
Profesional del Hospital Nacional Dos de Mayo para que nos apoye y monitorice durante la ejecución del Estudio (no necesario si el investigador es intrahospitalario).



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Dos de Mayo

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

R.D. N° 224 – 2018 / D / HNDM

Fecha: 11 / 12 / 2018

Comité de Ética en Investigación Biomédica

El estudio será financiado por: (Marcar con un Aspa)

- Laboratorio
- Asociación
- Autofinanciado
- ONG u otros

Departamento y/o servicios en los que se realizará el estudio y con los que se ha coordinado previamente.

1. _____
2. _____
3. _____

Se requerirá usar Historias Clínicas del Hospital:

Sí

No

Se utilizará equipos del Hospital:

Sí

No

Detallar:

Atentamente,

Firma del Investigador Principal

AUTORES:

▪ Investigador Principal:

Teléfono: _____ Email: _____

▪ Investigadores Secundarios:

1. _____
2. _____
3. _____

Lima, _____ de _____ 20____