



COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN - HOSPITAL SANTO TOMÁS

Tipo de documento	FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO Uso del CEI	CEI – F/P 4 Versión 4 Vigencia: 4 /2016
	LISTA DE VERIFICACIÓN (secretaría técnica) PARA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	

N°	DETALLE	PRESENTA	NO PRESENTA	NO APLICA
1	(1) copia espiral y (1) copia versión digital (CD o USB)			
2	Hoja de vida de los investigadores que incluya contactos (teléfono, dirección, correo electrónico)			
3	Nota dirigida al Comité solicitando la revisión del protocolo			
4	Nota dirigida al Director Médico informando del sometimiento del protocolo al CEI-HST y donde solicita autorización para realizar la investigación una vez aprobado. (para estudios multicéntricos, estudios cuyo investigador principal no es profesional del hospital, estudios de instituciones diferentes del HST)			
5	Nota de permiso del jefe de área o servicio donde se llevará a cabo la investigación.			
6	Nota del asesor clínico, metodológico o experto en el tema en caso de investigación realizada por profesional en formación (estudiantes, médicos internos, externos, residentes)			
7	Certificación de DIGESA-MINSA (protocolo de intervención o de interés epidemiológico)			
9	SECCIONES DEL PROTOCOLO			
	a. Página de presentación			
	b. Índice con correspondiente numeración de páginas			
	c. Resumen			
	d. Planteamiento del problema Pregunta de investigación			
	e. Justificación			
	f. Marco teórico			
	g. Objetivo/s de la investigación General Específico			
6	METODOLOGÍA			
	a. Tipo de investigación			
	b. Definición de variables			
	c. Universo y muestra			
	d. Criterios de inclusión y exclusión			
	e. Plan de análisis estadístico de resultados			
7	Formulario de Recolección de datos			
8	Referencias bibliográficas			
9	Cronograma actualizado			
10	Presupuesto del estudio y/o fuentes de financiamiento / patrocinio)			
11	Nota de compromiso de confidencialidad y adherencia a principios éticos universales firmada por investigadores.			
12	Consentimiento Informado			
13	Asentimiento informado			
14	Material Publicitario			
15	Certificación de Buenas Prácticas Clínicas			

Firma del revisor _____ Firma del Investigador _____
 # de entrada _____ Fecha de entrada _____