**SOLICITUD EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN POR LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA**

En Madrid a \_\_ de \_\_ de 20\_\_

D. / Dña. **[Nombre Investigador]** del Servicio / Grupo de **[Servicio o Grupo**], **[situación laboral] / [categoría profesional]** solicita a la Comisión de Investigación del Hospital Universitario Infanta Sofía la evaluación del proyecto **[Título]**. Este proyecto de investigación será promovido por **[Centro promotor]**.

Hace constar:

* Que conoce y acepta participar en el citado proyecto como Investigador.
* Que, en caso de aprobación de este proyecto de investigación por la institución, cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudios ni en otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.
* Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios (La aprobación del proyecto evaluado por parte de la presente comisión de investigación no implica en ningún caso que el proyecto no deba ser evaluado por CEIC o un CEIm autorizados).
* Que dicho estudio se llevará a cabo contando con la colaboración de los investigadores que aparecen más abajo.

*Si el IP que figura en el proyecto no es el jefe de la Unidad o del servicio, éste deberá firmar también el presente documento responsabilizándose así de la ejecución del proyecto en caso necesario.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del Investigador Principal |  | Firma del Jefe de Servicio o Unidad |

|  |  |
| --- | --- |
| Datos de contacto del IP del HUIS | |
| **Nombre IP** |  |
| **Servicio / Grupo** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Equipo investigador | |  |
| **Nombre y apellidos** | Servicio / Grupo | Centro / Institución |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de estudio (metodología) | |
| *(Marcar con una X uno o varios campos)* | |
| Ensayo Clínico con Medicamento [1] |  |
| Ensayo Clínico y estudio observacional con Producto Sanitario [2] |  |
| Ensayo Clínico de bajo nivel de intervención [3] |  |
| Estudio Observacional con medicamento: EOm [4A] |  |
| Estudio Observacional con medicamento de seguimiento prospectivo: EOm-SP [4B] |  |
| Estudio Observacional en el que el agente estudiado no es un medicamento (estudios de prevalencia e incidencia): No-EPA [4C] |  |
| Estudios de Investigación Biomédica con procedimiento invasivo [5] |  |
| Estudios epidemiológicos [6] |  |
| Investigación Cualitativa: encuestas de salud [7] |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de financiación | |
| *(Marcar con una X uno o varios campos)* |  |
| Convocatoria Competitiva Pública [I] |  |
| Convocatoria Competitiva Privada [II] |  |
| Financiación no Competitiva Pública [III] |  |
| Financiación no Competitiva Privada [IV] |  |
| Investigación sin financiación [V] |  |
| Presentación a una convocatoria interna de la Fundación para Investigación e Innovación Biomédica HUIS HHEN [VI] |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Presupuesto aproximado de ejecución del proyecto | |
|  | Euros |
| **TOTAL** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ESTUDIOS OBSERVACIONALES PROSPRECTIVOS | | |
| **Está prevista la realización de pruebas no habituales en la práctica clínica** | SI \_\_\_ | NO \_\_\_ |
| **LAB (SI/NO) RX (SI/NO)… OTRAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| **Coste asociado, si estuviera definido** |  | |
|  | Euros | |
| **TOTAL** |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CEIC / CEIm | |  |  |  |
|  | NO | SI | CEIC/CEIm | Fecha |
| **El proyecto ha sido evaluado por un CEIC/CEIm** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Resumen del proyecto (máximo 250 palabras) |
|  |

|  |
| --- |
| Hipótesis y objetivos |
|  |

|  |
| --- |
| Materiales y métodos (máximo 3 páginas) |
|  |

|  |
| --- |
| Resultados esperados (máximo 1 página) |
|  |