# ANEXO 12

# INFORME PERIÓDICO DE AVANCES

(ID-CIEI-INCN):

Título completo del proyecto de investigación:

Investigador(es) principal(es):

Departamento o unidad operativa en la que la investigación se lleva a cabo:

Fecha de aprobación:

Fecha de vencimiento de la aprobación:

¿Ha iniciado el proyecto? Sí / No

Si la respuesta es afirmativa, por favor complete la información requerida en la página siguiente:

¿Si la respuesta es negativa, explique por qué?:

¿Ha finalizado el plazo de aprobación del proyecto? Sí / No

En caso de haber finalizado, ¿Desea Ud. una renovación de la aprobación?

Sí / No

INFORME PERIÓDICO DE AVANCES

1. Indique la fecha en la que inició la investigación:

2. En caso de haber finalizado la investigación, indique la fecha de finalización:

3. Haga un breve resumen de los progresos hasta el momento. Si la investigación ha finalizado, envíe un reporte final. En ambos casos incluya:

• Un resumen de los hallazgos

• Detalles de cualquier publicación o documento aceptados para publicación.

• Detalles de cualquier presentación realizada

• La forma en la que los participantes han sido informados de los avances o resultados de la investigación.

4. ¿La información recolectada se encuentra almacenada de manera adecuada? Explique.

5. ¿Se ha realizado la investigación de acuerdo a lo planificado en el proyecto aprobado? Sí / No

¿En caso de que su respuesta sea negativa, explique por qué?:

6. ¿Ha sido retirado alguno de los participantes de la investigación? Sí / No Explique los motivos:

7. ¿Se han requerido modificaciones o enmiendas al proyecto original? Sí / No

Si su respuesta es afirmativa por favor detalle el número de enmiendas y resuma los principales cambios realizados.

8. ¿Se han reportado Eventos Adversos Serios relacionados a su investigación?

Sí / No

Si su respuesta es afirmativa, haga un listado de los eventos adversos, fechas y relación con el proyecto de investigación.

9. Por favor complete lo siguiente:

En esta Institución:

Número total de pacientes esperado:

Número de participantes reclutados hasta la fecha: Número de participantes actualmente:

Número de participantes retirados de la investigación: Fecha estimada de finalización de la investigación:

10. ¿Ha finalizado el plazo de aprobación del proyecto? Sí / No

En caso de haber finalizado, ¿Desea usted aplicar por una renovación de la aprobación? Sí / No

Debe recordar que cualquier modificación o enmienda al proyecto de investigación original requiere una aprobación del CIEI-INCN.

Certifico que este estudio se realiza en estricta conformidad con el proyecto de investigación aprobado por el CIEI-INCN (o con los cambios aprobados en el mismo).

Investigador Principal:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: Fecha: