COMITÉ ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) DEL GRUPO HOSPITALARIO QUIRÓNSALUD-CATALUNYA

|  |  |
| --- | --- |
| Dr./Dra. |  |
| En calidad | Investigador Principal |
| Nombre del Promotor |  |

Nombre y apellidos, e-mail, del contacto para recibir informes del CEIm Grupo Hospitalario Quirónsalud-Catalunya

|  |
| --- |
|  |

Solicito la evaluación por parte del Grupo Hospitalario Quirónsalud-Catalunya, del Estudio:

Título:

Código:

Anexamos a la presente: (se deben indicar **CON UNA “X”**, cada uno de los documentos que se anexan acorde a los requisitos del CEIm y la aplicación de los mismos al Estudio a ser evaluado)

1. Carta de acompañamiento
2. Resumen del Estudio
3. Protocolo de Estudio
4. Cuaderno de Recogida de datos
5. Hoja Información al Paciente/Consentimiento Informado
6. Compromiso del Investigador y/o colaboradores
7. Listado de investigadores de cada uno de los centros sanitarios
8. Cualquier otra documentación destinada a pacientes
9. Memoria económica
10. Manual del Investigador o ficha técnica del medicamento
11. Idoneidad de instalaciones
12. Currículum abreviado Investigador Principal
13. Declaración de confidencialidad y no reidentificación de datos seudonomizados cumplimentada y firmada por el Investigador Principal
14. Dictamen favorable de la Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris de la Generalitat de Catalunya para los estudios observacionales de seguimiento prospectivo;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre Apellidos del Solicitante | Firma | Día/ mes / año |