

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

|                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| <b>Dr./Dra.</b>            |                          |
| <b>En calidad</b>          | Investigador/a Principal |
| <b>Nombre del Promotor</b> |                          |

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

|                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| <b>Nombre y apellidos</b> |                          |
| <b>E-mail</b>             | Investigador/a Principal |

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

**Tipo de Estudio:**

**Título:**

**Código:**

Anexamos a la presente cada uno de los documentos que se deben anexar acorde a los requisitos del CEIm y la aplicación de los mismos al Estudio a ser evaluado:

|  |                   |
|--|-------------------|
| <b>Carta de acompañamiento</b>   | <b>X</b>          |
| <b>Resumen del Estudio</b>   | <b>X</b>          |
| <b>Protocolo de Estudio</b>  | <b>X</b>          |
| <b>Cuaderno de Recogida de datos</b>   | <b>X</b>          |
| <b>Manual del Investigador o ficha técnica</b>   | <b>Si procede</b> |
| <b>Hoja Información al Paciente</b>  | <b>X</b>          |
| <b>Consentimiento Informado</b>  | <b>X</b>          |
| <b>Póliza de responsabilidad civil</b>   | <b>Si procede</b> |
| <b>Cualquier otra documentación destinada a pacientes</b>  | <b>X</b>          |
| <b>Compromiso del investigador y/o colaboradores</b>   | <b>X</b>          |
| <b>Idoneidad Instalaciones para firme del responsable del servicio o departamento</b>  | <b>X</b>          |
| <b>Currículum abreviado Investigador principal</b>   | <b>X</b>          |
| <b>Declaración de confidencialidad y no reidentificación de datos seudonomizados cumplimentada y firmada por el Investigador Principal</b> | <b>X</b>          |
| <b>Memoria económica</b>   | <b>X</b>          |
| <b>Dictamen favorable del CEIm acreditado</b>  | <b>Si procede</b> |

|   |              |                       |
|---|--------------|-----------------------|
|   |              |                       |
| <b>Nombre Apellidos del<br/>Solicitante</b> | <b>Firma</b> | <b>Día/ mes / año</b> |