**ANEXO Z**

**Matriz de reporte mensual de investigaciones aprobadas por el comité**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del CEISH** | | |  | | | | | | | | **Código único del CEISH** | | | |  | | | | | | |
| **Fecha de reporte** | | | **Desde** | | | |  | **(dd/mm/aa)** | | | **Hasta** | | | | **(dd/mm/aa)** | | | | | | |
| **Reporte de todas las investigaciones aprobadas por el CEISH** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **No.** | **Código investigación** | **Título de la investigación** | **Tipo de investigación (observacional / intervención)** | **Metodología utilizada** | **Uso de muestras biológicas (Sí / No)** | **Población Vulnerable (Sí / No)** | **Uso de Historia Clínica (Sí / No)** | **Establecimientos de salud / Lugar (es) donde se implementará la investigación** | **Nombre del investigador principal** | **Investigador principal es: (Profesional / Estudiante de pregrado / Estudiante de postgrado** | **Promotor** | **Nombre de la organización de investigación por contrato (si aplica)** | **Documento de evaluación (Revisión / Enmienda / Renovación)** | **Modalidad de revisión (Exención / Expedita / Reunión en pleno)** | **Nro. De reportes de eventos adversos graves registrados en ARCSA (si aplica)** | **Número de informes elaborados** | **Fecha de recepción de la documentación** | **Fecha de aprobación por CEISH** | **Periodo planteado de duración de estudio** | **Período de seguimiento planteado por CEISH (si aplica)** | **Observaciones (si aplica)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |