



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA



INFORME DE SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION DE COLABORACION CON LA INDUSTRIA QUÍMICA FARMACEUTICA

I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE

Nombre (s): _____ Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Adscripción (Servicio): _____

Correo(s) electrónico(s): _____ Teléfono: _____ Extensión: _____

II.- DATOS DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Título: _____

Numero de registro del protocolo: _____

Laboratorio Farmacéutico: _____

III.- PROTOCOLO DE INVESTIGACION DE COLABORACION – IQF

Iniciado: SI NO Motivo: _____

Fecha de inicio del protocolo: _____

Fecha factible de terminación del protocolo: _____

Duración del estudio: _____

Anexar documentación pertinente.

Cancelado: SI NO Motivo: _____

Anexar documentación pertinente.

Suspendido: SI NO Motivo: _____

Anexar documentación pertinente.

Terminado: SI NO Motivo: _____

Fecha de terminación del protocolo: _____

Anexar documentación pertinente.



**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA**



**INFORME DE SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION
DE COLABORACION CON LA INDUSTRIA QUÍMICA FARMACEUTICA**

IV.- SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Año: Trimestre que informa: Primero Segundo Tercero Cuarto

Porcentaje de avance del protocolo Porcentaje de avance del reporte final de la investigación

Número	En este periodo	Desde el inicio del estudio
Pacientes captados		
Consultas otorgadas		

ANEXAR FORMATOS FINANCIEROS PROPORCIONADOS POR EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD.

V.- REFERENCIA BIBLIOGRAFICA PUBLICADA DEL PROTOCOLO

AUTORES TITULO DEL ARTICULO REVISTA CIENTIFICA LIBRO AÑO		NIVEL DE REVISTA	

PRESENTACIÓN: ORAL CARTEL OTRA _____

NOMBRE DEL FORO _____

LUGAR Y FECHA _____

Anexar documentacion pertinente.

VI. - EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN LOS PACIENTES DURANTE ESTE PERIODO

Los eventos adversos están relacionados con el medicamento en estudio SI NO

Motivo: _____

Los eventos adversos fueron reportados al Comite de Ètica SI NO

Motivo: _____

VII.- EN CASO DE HABER FINALIZADO EL ESTUDIO EN LOS TERMINOS DEL PROTOCOLO DE COLABORACION - IQF

Fecha de finalización del estudio : _____

Observaciones:

FECHA:

Investigador Responsable

Nombre completo y firma