



**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 terminacion del protocolo: \_\_\_\_\_

Duracion del estudio: \_\_\_\_\_

**Anexar documentacion pertinente.**

Cancelado: SI  NO  Motivo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Anexar documentacion pertinente.**

Suspendido: SI  NO  Motivo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Anexar documentacion pertinente.**

Terminado: SI  NO  Motivo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha de terminacion del protocolo: \_\_\_\_\_

**Anexar documentacion 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 ARTICULO REVISTA CIENTIFICA LIBRO AÑO	DEL	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