**ANEXO II**

 **Formulario de registro de comités de ética en investigación en salud de la provincia de Neuquén**

**N° DE REGISTRO CEIS**

|  |
| --- |
| **Datos del Comité de Ética en Investigación en Salud (CEIS)** |
| Nombre: |
| Dirección: |
| Teléfono:  |
| Correo electrónico: |
| Área de dependencia: |
| Nombre y apellido de la persona coordinadora:  |
| Fecha de primer acreditación:  |
| Fecha de reacreditación: |

|  |
| --- |
| **Datos de la Institución o Área de Gestión Pública donde está radicado el CEIS** |
| Nombre : |
| Director/a de la Institución/Área de Gestión Pública (nombre y apellido): |
| Dirección postal:  |
| Teléfono:  |
| Correo electrónico: |

|  |
| --- |
| **Área de dependencia administrativa del CEIS dentro de la institución** |
| Nombre del Área: |
| Nombre y Apellido del/de la responsable:Función dentro del área:  | Firma |
| ¿Cuenta con programa de educación permanente? SI NO ¿Cuál?: |

**Composición y funciones de los miembros del CEI:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellido** | **Ocupación** | **Función[[1]](#footnote-1)** | **Representación[[2]](#footnote-2)** | **Edad/género** | **Relación con la institución[[3]](#footnote-3)**  | **Dedicación horaria**  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Cronograma de reuniones** |
| Día: | Hora:  | Periodicidad:  |
| Lugar de reunión: |
| Plataforma virtual[[4]](#footnote-4):  |

|  |
| --- |
| **Atención al público** |
| Nombre y apellido de administrativo/a: |
| Días de atención: | Horario de atención: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **El CEI cuenta con:** |
| **Si** | **No** | **Compartido** | **Observaciones**  |
| Libro de actas  |  |  |  |  |
| POEs |  |  |  |  |
| Reglamento |  |  |  |  |
| Computadora |  |  |  |  |
| Acceso a Internet |  |  |  |  |
| Secretaría  |  |  |  |  |
| Sala de reuniones |  |  |  |  |
| Espacio de archivo seguro bajo llave. |  |  |  |  |
| Teléfono  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Datos Históricos** |
| Fecha de primera reunión: |
| N° de protocolos analizados al \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_: | N° de protocolos activos al \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_: |
| N° de protocolos aprobados al\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_: | N° de protocolos rechazados al \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_: |

|  |  |
| --- | --- |
| **FIRMA Y ACLARACIÓN****COORDINADOR/A DEL CEIS** | **FECHA** |
|  |  |

1. Miembro permanente o consultor/a externo/a [↑](#footnote-ref-1)
2. Miembro de la comunidad; asesoría legal; metodología/investigación científica; formación en bioética; conocimientos en medicina; conocimientos en cs. Sociales. [↑](#footnote-ref-2)
3. Personal de planta permanente, residente, contratado/a, ad-honorem, etc. [↑](#footnote-ref-3)
4. En el caso que las reuniones se mantengan de modo virtual es necesario que lxs miembros se encuentren con cámara encendida y uso de auriculares para preservar la confidencialidad de lo tratado. [↑](#footnote-ref-4)