**Informe final de los protocolos aprobados por los Comités de Investigación del CUCS**

1. **Datos generales del proyecto**

|  |
| --- |
| **Título del proyecto** |
|  |
| **Nombre completo del investigador (a) responsable (IP)** |
|  |
| **Departamento de adscripción del IP** |
|  |
| **Área del conocimiento/ tema del proyecto de investigación** |
| COVID-19 |  | Microbiología |  | Farmacología |  |
| Genética |  | Psicología |  | Ciencias sociales |  |
| Biología molecular |  | Salud Pública |  | Bioinformática |  |
| Nutrición |  | Biotecnología |  | Educación |  |
| Odontología |  | Neurociencias |  | Otra |  | Cuál |  |
| **Colaboradores del CUCS**Utilizar una fila por cada colaborador. Puede agregar tantas filas como lo requiera. |
| **Nombre completo** | **Cargo/nombramiento** | **Departamento de adscripción** | **Funciones** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Colaboradores externos**Utilizar una fila por cada colaborador. Puede agregar tantas filas como lo requiera. |
| **Realizado en colaboración nacional** | **SÍ**  |  | **NO** |  | **Realizado en colaboración internacional** | **SÍ**  |  | **NO** |  |
| **Nombre completo** | **Institución de adscripción** | **Funciones** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Institución(es) donde se llevó a cabo** Utilizar una fila por cada institución. Puede agregar tantas filas como lo requiera. |
| **Nombre de la institución** | **País** | **Actividades realizadas por/en la institución**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Folio de registro**XX-XX | **Número de dictamen de aprobación**CI-0XXXX |
|  |  |
| **Fecha de inicio de la investigación** | **Fecha de conclusión de la investigación** |
|  |  |

1. **Difusión y productos generados derivados de la investigación**

Consideraciones:

* Marcar con una “X” el tipo de producto generado.
* Puede seleccionar más de una opción.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Artículo de revista** | **Sí** |  | **No** |  |  |
| **Referencia completa:** |  |
| **DOI:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Libro** | **Sí** |  | **No** |  |  |
| **Referencia completa:** |  |
| **ISBN:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tesis** | **Sí** |  | **Grado**  | **Pregrado Posgrado**  | **No** |  |  |
| **Título:** |  |
| **Autor(es):** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presentación en foro académico** | **Sí** |  | **Tipo** | **Cartel Ponencia Otro** | **No** |  |  |
| **Título:** |  |
| **Participantes:** |  |
| **Fecha de presentación:** |  |
| **Foro o Institución que acredita:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patentes** | **Sí** |  | **No** |  |  |
| **Número de registro:** |  |
| **Fecha de registro:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Premios o reconocimientos** | **Sí** |  | **No** |  |  |
| **Nombre de la distinción:** |  |
| **Institución que lo otorga:** |  |
| **Fecha:** |  |

1. **Reporte de efectos adversos**
	1. Durante el desarrollo de la investigación ¿Se presentó algún Evento Adverso (EA)?. NOTA: Se entiende por EA cualquier acontecimiento médico indeseable (signo, síntoma, hallazgo de laboratorio o enfermedad que sea desfavorable) en un paciente al que se le administró un producto o realizó una intervención, esté relacionado con el producto o no.
	2. Marque con una “X” la casilla que corresponda

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SÍ** | **# de casos** | **NO** | **NO APLICA** |
| **Efectos adversos** |  |  |  |  |
| En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique qué efectos adversos se presentaron: |

* 1. Durante el desarrollo de la investigación ¿Se presentó algún Evento Adverso Grave (EAG)? Se entiende por EAG cualquier acontecimiento médico desfavorable que a cualquier dosis provoque lo siguiente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SÍ** | **# de casos** | **NO** | **NO APLICA** |
| Signo o síntoma potencialmente mortal |  |  |  |  |
| Muerte del participante |  |  |  |  |
| Hospitalización del paciente |  |  |  |  |
| Discapacidad o incapacidad persistente o significativa |  |  |  |  |
| Anomalía congénita o defecto de nacimiento |  |  |  |  |

1. **Financiamiento**

(Utilizar una fila por cada institución que haya otorgado algún tipo de financiamiento. Puede agregar tantas filas como lo requiera.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Institución que otorga el financiamiento** | **Monto asignado** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Modificaciones realizadas al protocolo aprobado originalmente y que no habían sido notificadas al Comité**
 |
|  |
| 1. **Limitaciones encontradas durante el desarrollo del proyecto**
 |
|  |
| 1. **Comentarios a los Comités**
 |
|  |

**A T E N T A M E N T E**

**“Piensa y Trabaja”**

***“Año del legado de Fray Antonio Alcalde en Guadalajara”***

Guadalajara, Jalisco; <<Fecha>>

(Firma)

|  |
| --- |
| **Nombre completo del responsable de la investigación** Nombramiento y categoría |