



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



MANUAL PARA LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN EL INEN		Código: MAN.DNCC.INEN.006	
Emisor: COMITÉ REVISOR DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN DEL INEN		Implementación: 2019	Versión: V.01

ANEXO 2

SOLICITUD DE REVISIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

N° de Protocolo:	
Retrospectivo/Prospectivo:	
Título del Protocolo de Investigación:	
Objetivo Principal:	
Duración del estudio:	
Tiempo de reclutamiento:	
N° de pacientes a incluir (si aplica):	
N° total de historias a revisar y por día (si aplica):	
Patrocinador (si aplica):	
Inicio previsto:	
Fin previsto:	
Plan de publicación nacional/internacional:	
INVESTIGADOR PRINCIPAL	
Nombre y apellidos:	
Firma:	
Título Profesional:	
Grado Académico:	
Institución de trabajo/Área:	
Correo Electrónico:	
Teléfono trabajo/Anexo:	
Celular:	
INVESTIGADORES ASOCIADOS <i>(Añadir celdas de ser necesario y completar información solicitada para cada uno)</i>	
Investigador Asociado N°1	
Nombre y apellidos:	



PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



MANUAL PARA LA REVISIÓN Y APROBACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN EN EL INEN		Código: MAN.DNCC.INEN.006	
Emisor: COMITÉ REVISOR DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN DEL INEN		Implementación: 2019	Versión: V.01

Firma:	
Título Profesional:	
Grado Académico:	
Institución de trabajo/Área:	
Investigador Asociado N°2	
Nombre y apellidos:	
Firma:	
Título Profesional:	
Grado Académico:	
Institución de trabajo/Área	
Investigador Asociado N°3	
Nombre y apellidos:	
Firma:	
Título Profesional:	
Grado Académico:	
Institución de trabajo/Área	
ASESOR(ES) <i>(Añadir celdas de ser necesario y completar información solicitada para cada uno)</i>	
Nombre y apellidos:	
Firma:	
Título Profesional:	
Grado Académico:	
Institución de trabajo/Área	
V°B° DEL DIRECTOR EJECUTIVO DEL DEPARTAMENTO DONDE SE REALIZARÁ EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
Nombre y apellidos:	
Firma y sello:	