**Solicitud de Cierre de Estudio**

**ID del proyecto :**

**Título del proyecto :**

**Sitio de realización :**

**Nombre Investigador Responsable :**

**Fecha aprobación CEC :**

**Fecha última renovación** **:**

**Estado de avance:** Complete la siguiente información acerca del estado de su proyecto, según corresponda. Puede adjuntar informes de avance complementarios enviados a su patrocinador.

|  |
| --- |
| a)Indique número de participantes:* Enrolados \_\_\_\_
* Retirados \_\_\_\_
* Activos \_\_\_\_
* No aplica \_\_\_\_
 |
| b) Su estudio ha presentado algún desvío en relación al proceso y firma de documento de consentimiento informado? (Recuerde que el Documento de Consentimiento Informado debe ser aquel timbrado por el CEC y contener las 3 firmas legales.) Si \_\_\_ No\_\_\_\_ NA\_\_\_\_En caso de respuesta afirmativa, ¿Comunicó esta situación al CEC? Si \_\_\_ No\_\_\_\_ NA\_\_\_\_ |
| c) Su estudio ha presentado algún Evento adverso serio? Si \_\_\_ No\_\_\_\_ NA\_\_\_\_En caso de respuesta afirmativa, ¿Comunicó esta situación al CEC? Si \_\_\_ No\_\_\_\_ NA\_\_\_\_ |
| d) Su estudio ha presentado algún desvío de protocolo? Si \_\_\_ No\_\_\_\_ NA\_\_\_\_En caso de respuesta afirmativa, comunicó esta situación al CEC? Si \_\_\_ No\_\_\_\_ NA\_\_\_\_ |
| e) Principales resultados del estudio (Indicar los resultados mas relevantes). |
| f) Otros puntos que estime importante comunicar al CEC-SaludUC(Si corresponde al estudio, señale cómo se dará cumplimiento a lo señalado en la Ley 20.850, en su artículo 111 C, del Título V) |

**Nombre de Investigador Responsable (IR): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de IR**

PARA USO INTERNO DEL CEC-Salud UC

NOMBRE PRE-REVISOR:

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

RESOLUCIÓN:

☐ CUMPLE CRITERIO PARA CIERRE DE ESTUDIO

☐ NO CUMPLE CRITERIO CIERRE DE ESTUDIO

OBSERVACIONES (si corresponde):