**Solicitud de Renovación Anual**

**ID del proyecto :**

**Título del proyecto :**

**Sitio de realización :**

**Nombre Investigador Responsable :**

**Fecha aprobación original CEC :**

**Fecha última renovación :**

**Fecha solicitud 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.

1. **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) Estado de avance del estudio *(Indicar la etapa en la que se encuentra el estudio de acuerdo a su planificación).***

**f) Si su estudio cuenta con SEGUROS (póliza) asociados indicar el periodo de cobertura**

**g) Otros puntos que estime importante comunicar al CEC Salud UC**

**Nombre Investigador Responsable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Firma y Fecha de quien solicita**