**REGISTRO PROVINCIAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (RePIS)**

### REGISTRO FINALIZACIÓN /CANCELACIÓN / SUSPENCIÓN

SIN RIESGO O RIESGO MÍNIMO

N° de REPIS

inicial

**Debe ser completado por el CIEIS.**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DATOS DEL ESTUDIO** | |
| Título (como figura en el protocolo) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **II. INVESTIGADOR PRINCIPAL** |   **Apellido/s y nombre/s del Investigador Principal** |

|  |  |
| --- | --- |
| III. INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO | |
| Razón social |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IV. CIEIS INTERVINIENTE | | | | | |
| Razón social | |  | | | |
| Dirección | |  | | | |
| Teléfono / celular | |  | |  |  |
| E-mail | |  | | | |
| **V. DETALLES RELACIONADOS CON LA INVESTIGACION** | | |
| **MOTIVO:**  **FINALIZACION ESTABLECIDA POR PROTOCOLO**  **CANCELACION**  **SUSPENSION** | | |
| **Fecha de última visita**  **de último paciente** | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_ | |
| **Número de participantes aleatorizados**  **(si aplica)** |  | |
| **Número de Participantes discontinuados**  **(si aplica)** |  | |
| **Motivo de la CANCELACIÓN/SUSPENSIÓN** |  | |

Firma Coordinador/a o subcoordinador/a del CIEIS Sello Fecha