**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