*Al Comitato Etico Locale*



*IRCCS “Bonino-Pulejo” - Messina*

|  |
| --- |
| **COMUNICAZIONE INTERRUZIONE/CHIUSURA STUDIO** |

**Titolo** “………………………………………………………………………………………………………”

**Codice Protocollo:**

Il sottoscritto Dott/Prof. .............................., in servizio presso

sperimentatore responsabile dello studio sopra indicato, approvato dal codesto Comitato Etico il ............................

comunica la chiusura/interruzione, avvenuta in data …………………………

Data di inizio studio presso il Centro data primo paziente arruolato..............................

Pazienti arruolati N. ......

Pazienti che hanno completato lo studio N. ......

Drop-out N.......

Eventi avversi verificatisi presso il proprio Centro nel corso dello studio: n. ..............

Riassunto degli eventi avversi di cui sopra (a suo tempo segnalati in ottemperanza al DL 211/2003):

................................................................................................................................................................................................

Motivazioni che hanno condotto alla chiusura/interruzione dello studio

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Distinti saluti

Prof/Dott

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

Messina, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_