***(Formulario Nº9)***

**FORMULARIO INFORME TRIMESTRAL DE AVANCES O FINALIZACION DEL**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

1. **Indique la fecha en la que inició la investigación:**
	1. En caso de haber finalizado la investigación, indique la fecha de finalización:
	2. Haga un breve resumen de los progresos hasta el momento. Si la investigación ha finalizado,

 envíe un reporte final. En ambos casos incluya:

* + 1. Un resumen de los hallazgos.
		2. Detalles de cualquier publicación o documento aceptado (s) para publicación.
		3. Detalles de cualquier presentación realizada.
		4. La forma en la que los participantes han sido informados de los avances o resultados

de la investigación.

1. **¿Cómo almacena la información recolectada? Explique**
2. **¿Se ha realizado la investigación de acuerdo a lo planificado en el proyecto aprobado?**

**Si / No**

1. **¿Se han requerido modificaciones o enmiendas al proyecto original? Si / No**

Si su respuesta es afirmativa por favor detalle el número de enmiendas y resuma los principales cambios realizados

Explique los motivos:

1. **¿Ha sido retirado alguno de los participantes por instrucciones del investigador? Si / No**

**Si la respuesta es afirmativa, detalle número total y razones del retiro.**

1. **¿Existen sujetos que abandonaron la investigación? Si / No**

**Si la respuesta es afirmativa, detalle número total y razones del abandono.**

1. **¿Se han reportado Efectos Adversos Serios relacionados a su investigación? Si / No**

Si respuesta es afirmativa, enumere y describa los eventos adversos .

1. **Por favor complete lo siguiente:**

**En esta Institución:**

 Número total de pacientes esperado:

 Número de participantes reclutados hasta la fecha:

Número de participantes actualmente:

Número de participantes retirados de la investigación:

Fecha estimada de finalización de la investigación:

1. **¿Ha finalizado el plazo de aprobación del proyecto? Si / No (encierre en un círculo)**
2. **En caso de haber finalizado, ¿Desea usted aplicar por una renovación de la aprobación**?

 Si / No

Debe recordar que cualquier modificación o enmienda al proyecto de investigación original

requiere una aprobación del CEC del Hospital de Carabineros

1. **Certifico que este estudio se realiza en estricta conformidad con el proyecto de**

**investigación aprobado por el CEC del Hospital de Carabineros**

**Investigador Principal.**

**……………………………………………………………………………………….**

**Firma: ………………………………………………………. Fecha: ………………………….**