## Comité central d’éthique de la recherche du ministre de la Santé et des Services sociaux

**Formulaire de notification de l’interruption d’un projet de recherche**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section 1** | | | | | | | |
| **1.1** | Date de soumission du formulaire :  Cliquez ici pour entrer une date. | | | | | | |
| **1.2** | Indiquez le titre complet du projet de recherche : | | | | | | |
| **1.3** | Indiquez le numéro de référence du projet de recherche octroyé par le Comité : | | | | | | |
| **1.4** | Indiquez le nom du chercheur principal : | | | | | | |
| Adresse : | | | | | | |
| Téléphone : | | | Courriel : | | | |
| **1.5** | Indiquez le nom du coordonnateur de recherche : | | | | | | Ne s’applique pas |
| Adresse : | | | | | |  |
| Téléphone : | | | Courriel : | | | |
| **1.6** | Indiquez le nom et l’adresse du site où le projet de recherche est réalisé : | | | | | | |
| **1.7** | Indiquez le nom de l’organisme subventionnaire – recherche subventionnée : | | | | | | Ne s’applique pas |
| **1.8** | Indiquez le nom et les coordonnées du commanditaire – essais cliniques pharmaceutiques : | | | | | | Ne s’applique pas |
| Indiquez le nom de la personne à joindre chez le commanditaire : | | | | | | |
| Téléphone : | | Télécopieur : | | | Courriel : | |
| **1.9** | Indiquez le nom et les coordonnées de l’organisme de recherche contractuelle – essais cliniques pharmaceutiques : | | | | | | Ne s’applique pas |
| Indiquez le nom de la personne à joindre à l’organisme de recherche contractuelle : | | | | | | |
| Téléphone : | Télécopieur : | | | Courriel : | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section 2** | |
| **2.1** | Indiquez le statut actuel du projet de recherche :  Projet en cours pour lequel aucun participant n’a encore été recruté. Donnez-en la raison :    Projet et recrutement en cours.  Projet en cours pour lequel le recrutement est terminé.  Analyse de données en cours.  Rédaction du rapport final. |
| **2.2** | Indiquez la date de l’approbation finale du projet de recherche donné par le Comité : |
| **2.3** | Indiquez la date du début du projet de recherche : |
| **2.4** | Indiquez la date prévue de la fin du projet de recherche : |
| **2.5** | Indiquez la date à laquelle le projet a été interrompu : |
| **2.6** | Indiquez la date à laquelle le projet devrait reprendre, si elle est connue. ⮱Informez le Comité lors de la reprise. |
| **2.7** | Indiquez le nom de l’instance de laquelle émane la décision d’arrêter le projet. ⮱Joignez le document qui en atteste. |
| **2.8** | L’interruption est-elle permanente ou temporaire? |
| **2.9** | Quels sont les motifs de l’interruption du projet? |
| **2.10** | Combien de participants sont concernés par l’interruption du projet? |
| **2.11** | Quelles mesures ont été prises en vue d’aviser les participants que le projet est interrompu? |
| **2.12** | L’interruption du projet entraîne-t-elle des risques pour la santé, l’intégrité ou le respect de la vie privée des participants ou d’autres personnes?  Oui  Non  Dans l’affirmative, quels sont ces risques? |
| **2.13** | Une solution de rechange a-t-elle été proposée aux participants?  Oui  Non  Dans l’affirmative, laquelle? |
| **2.14** | Envisagez-vous de proposer un suivi clinique aux participants?  Oui  Non  Dans l’affirmative, quel est le type de suivi clinique proposé? |

**J’atteste que les renseignements fournis au présent formulaire sont exacts.**



**Signature du chercheur principal Date** Cliquez ici pour entrer une date.

* Insérer votre signature électronique sous forme image en cliquant sur le petit carré et sous une autre forme en cliquant sur le grand carré.