## 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 responsable : | | |
| 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 ou des sites 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 promoteur – essais cliniques pharmaceutiques : | | Ne s’applique pas |
| Indiquez le nom de la personne à joindre chez le promoteur : | | |
| Téléphone : | Courriel : | |
| **1.9** | Indiquez le nom et les coordonnées de l’organisme de recherche contractuelle (CRO) – essais cliniques pharmaceutiques : | | Ne s’applique pas |
| Indiquez le nom de la personne à joindre à l’organisme de recherche contractuelle : | | |
| Téléphone : | 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.  Analyse de données terminée.  Rédaction du rapport final - Pour les projets subventionnés par un organisme subventionnaire.  Rédaction d'articles.  Projet terminé.  En attente de la visite de fermeture – Pour les essais cliniques pharmaceutiques.  Projet interrompu. Donnez-en la raison : |
| **2.2** | Indiquez la date de l’approbation finale du projet de recherche octroyée par le Comité : |
| **2.3** | Indiquez la date à laquelle le projet de recherche a commencé : |
| **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?    Dans la négative, expliquez pourquoi aucune solution de rechange est proposée. |
| **2.14** | Envisagez-vous de proposer un suivi clinique aux participants?  Oui  Non  Dans l’affirmative, quel est le type de suivi clinique proposé?    Dans la négative, expliquez pourquoi les participants ne feront pas l’objet d’un suivi clinique. |

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



**Signature du chercheur responsable 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.