|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Instrucciones****: Estimado Usuario recuerde que la solicitud debe llenarse a través del formulario electrónico disponible en el Registro Peruano de Ensayos Clínicos (REPEC) en: http://www.ensayosclinicos-repec.ins.gob.pe* | | | |
| **Código de RNE:**  *(Generado automáticamente durante el registro electrónico en el REPEC)* | | | |
| **1. INSTITUCIÓN SOLICITANTE** | | | |
| **Nombre de la Institución :** | *(Generado automáticamente durante el registro electrónico en el REPEC)* | | |
| **Representante Legal** | | | |
| **Apellido Paterno:** |  | **N° de Documento de Identidad:** |  |
| **Apellido Materno:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Nombres:** |  | **Correo electrónico:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. INFORMACIÓN GENERAL DEL ENSAYO CLÍNICO** | | |
| **N° EC INS:** *(Generado automáticamente durante el registro electrónico en el REPEC)* | | |
| **Título del Ensayo Clínico:** | | |
| **Patrocinador:** | | **Institución que representa legalmente al patrocinador en el país:** |
| *Nota: De existir más de una institución/otro con delegación de responsabilidades añadir los espacios necesarios* | | |
| **Fase Clínica**  **del estudio:**  I  II  III  IV    No aplica | **Código de Protocolo:** | |
| **Fecha de Vencimiento de la Póliza de Seguro** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. INFORME JUSTIFICANDO LOS MOTIVOS, DEBIDAMENTE SUSTENTADOS, POR EL QUE SE ESTÁ SOLICITANDO LA SUSPENSIÓN DEL ENSAYO CLÍNICO** | |
| *Nota: Si usted considera importante alguna información que no se solicita aquí, puede agregarla al final del formato.* | |
| **Requisitos para presentar una solicitud de suspensión del ensayo clínico**  a) Solicitud de suspensión del ensayo clínico.  b) Informe justificando los motivos, debidamente sustentados, por el que se está solicitando la suspensión del ensayo clínico.  c) Informe incluyendo todos los datos obtenidos hasta el momento de la suspensión.  d) Informe de las medidas que se adoptarán con los sujetos de investigación, de corresponder.  e) Copia de la carta de toma de conocimiento del CIEI que aprobó el estudio.  ***NOTA****: Todos los documentos deben ser foliados, presentados al Instituto Nacional de Salud en un folder o archivador y ordenados de acuerdo a lo establecido en los requisitos indicando los nombres de cada uno de ellos mediante separadores.* |  |

|  |
| --- |
| **4. REPRESENTANTE LEGAL AUTORIZADO** |
| Al firmar esta solicitud, certifico que la información contenida aquí es actual, veraz y exacta. Asimismo, declaro que los documentos adjuntos cumplen con los requisitos establecidos en el Reglamento de Ensayos Clínicos aprobado por D.S. N **º** 021-2017-SA.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del Representante Legal Autorizado  Apellidos y Nombres:  Fecha: / / |