

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL MÃE DE DEUS (CEP/HMD/AESC)**

**NOTIFICAÇÃO DE DESVIO DE PROTOCOLO de ensaio clínico**

**Título da Pesquisa:**

**CAAE:**

**Patrocinador:**

**Nome do Centro de Pesquisa:**

**Pesquisador Responsável:**

**Data:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Data** | **Código Participante** | **Descrição** | **Implicações** | **Ação Corretiva** |
| 1 | *[Data da ocorrência do evento]* |  | *[Descrição detalhada da ocorrência]* | *[Informar implicações à segurança do participante, caso ocorra]* | *[Informar tipo da ação tomada pelo pesquisador e equipe de pesquisa para correção do desvio e prevenção de novas ocorrências]* |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

Assinatura e carimbo ou assinatura eletrônica certificada do Pesquisador Responsável: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**