****

**Formulário de Notificação de Desvios de Protocolo**

**Doc N° \_\_\_\_\_\_ *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Local e Data***

***Instituição Proponente:*** *Hospital Paranaense de Otorrinolaringologia*

***Título do Projeto:***

***Versão do Protocolo:***

***Patrocinador Principal****:*

***Pesquisador Responsável:***

***CAAE:***

***Registro CEP:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***N° do Paciente*** | ***Data*** | ***Descrição do Desvio*** | ***Justificativa*** | ***Ação Tomada*** | ***Houve Prejuízo ao Paciente?*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Pesquisador Responsável***