**Melding beëindiging WMO-plichtige studie in MST**

**Toelichting:**

Het Wetenschapsbureau wil van alle door haar geaccordeerde studies gemeld zien dat het onderzoek (voortijdig) beëindigd is. Met beëindiging van het onderzoek wordt bedoeld: de datum waarop de laatste meting bij de laatste proefpersoon is uitgevoerd (inclusief follow-up meting).

U bent verplicht dit formulier binnen 8 weken na beëindiging van het onderzoek in te vullen en te sturen naar [wmo@mst.nl](mailto:wmo@mst.nl).

**Studiegegevens:**

|  |  |
| --- | --- |
| H-nummer: |  |
| NL-nummer (van de CCMO): |  |
| Titel van de studie (kort): |  |
| Onderzoeker MST: |  |
| Gegevens opdrachtgever / verrichter:   * Naam bedrijf * Contactpersoon * (Post)adres * Telefoon |  |

**Gegevens beëindiging studie:**

|  |  |
| --- | --- |
| Einddatum onderzoek (dag-maand-jaar): |  |
| Is het onderzoek voortijdig beëindigd?  *Zo ja, dan verklaar ik hierbij dat de geïncludeerde proefpersonen/patiënten voldoende zijn geïnformeerd en een eventuele gegeven behandeling adequaat wordt voortgezet* | Ja / nee |
| Zo ja, reden voortijdige beëindiging: |  |
| Aantal in MST geïncludeerde proefpersonen: |  |
| Aantal proefpersonen in MST dat de studie volledig heeft doorlopen: |  |

**Financiën studie:**

|  |  |
| --- | --- |
| De studie bevat een financieel component (vastgelegd in het C-formulier) | Ja / Nee |
| Indien sprake van een financieel component: er is sprake van niet-reguliere zorg/verrichtingen conform het C-formulier | Ja / Nee |
| Indien sprake van niet-reguliere zorg\*\*: niet-reguliere zorg is correct geregistreerd onder de trial DBC en de trial DBC bevat geen reguliere zorg/verrichtingen | Ja / Nee\*\*\* |
| Verrichtingenregistraties gecontroleerd t/m datum (dag-mnd-jaar) |  |
| Controle uitgevoerd door (naam): |  |
| Grip/telefoonnummer: |  |
| E-mailadres: |  |

*\*\* Handleiding controle verrichtingenregistraties staat op CS Research:* [*https://medischspectrumtwente.sharepoint.com/:f:/s/Wetenschapenonderzoek/Eub9wUEkFQBHsyCXOdbZ8fYBf\_1kZtlLAh0qOkzWqN4rsA?e=fQL7Y1*](https://medischspectrumtwente.sharepoint.com/:f:/s/Wetenschapenonderzoek/Eub9wUEkFQBHsyCXOdbZ8fYBf_1kZtlLAh0qOkzWqN4rsA?e=fQL7Y1)

*\*\*\***Indien incorrecte registraties deze eerst bij betreffende patiënt(en) in HIX corrigeren vóór insturen formulier*

Opmerkingen s.v.p. hieronder vermelden:

|  |
| --- |
|  |

**Ondertekening:**

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam (contactpersoon namens de verrichter): …………………………

Datum: …….…-………-………

Handtekening: ……..…………………..