# T.C.

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**KAYSERİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA YAPILACAK TEZ VE/ VEYA AKADEMİK AMAÇLI ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU**

*(Kurum Yetkilileri Tarafından Doldurulacaktır)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Başvurunun yapıldığı tarih:** | **Ek bilgi talebi tarihi:** | **Red/olumsuz görüş nedenleri:**  **Tarih:** |
| **Geçerli başvuru tarihi:** | **Ek bilgi/değiştirilmiş bilgi alınış tarihi:** | **Onay / olumlu görüş:**  **Tarih:** |
| **Başvuru arşiv kayıt numarası:** | | **Başvuru geri çekildi.**  **Tarih:** |

1. **ARAŞTIRMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Araştırmanın açık adı:** | | |
| **Araştırmanın kolay anlaşılır bir ifade ile yazılmış, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik adı:** | | |
| **Komisyona yapılan ilk başvuru mu** | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| **Yanıtınız hayır ise açıklayınız**  Kaçıncı başvuru:  Kabul edilmeme nedeni: | | |
| **Araştırma başvurusunun yapıldığı başka etik kurul/ komisyon var mı** | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| **Yanıtınız evet ise lütfen belirtiniz** |  | |
| **Araştırma başvurusunun onaylandığı başka etik kurul/ komisyon var mı?** | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| **Araştırmanın statüsü** | ☐ | |
| Yüksek Lisans Tezi | ☐ | |
| Doktora Tezi | ☐ | |
| Uzmanlık Tezi | ☐ | |
| Bireysel araştırma projesi | ☐ | |
| Diğer ise lütfen belirtiniz | | |

1. **BAŞVURUDA YER ALAN ARAŞTIRMACILAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Koordinatör/ Sorumlu** **araştırmacı**  Adı soyadı: |  |
| Ünvan: |  |
| Uzmanlık alanı: |  |
| İş adresi: |  |
| E-posta adresi: |  |
| Telefon numarası: |  |
| İmza: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Yardımcı** **araştırmacı**  Adı soyadı: | *(birden fazla araştırmacı olması durumunda bu bölümü tekrarlayınız).* |
| Ünvan: |  |
| Uzmanlık alanı: |  |
| İş adresi: |  |
| E-posta adresi: |  |
| Telefon numarası: |  |
| İmza: |  |

1. **DESTEKLEYİCİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Araştırmanın destekleyicisi var mı?** | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Cevabınız evet ise, aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz. | | |
| Üniversite | ☐ | |
| Eğitim ve Araştırma Hastanesi | ☐ | |
| TÜBİTAK (*Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu*) | ☐ | |
| DPT (*Devlet Planlama Teşkilatı*) | ☐ | |
| Diğer ise (özel kuruluş, vb), lütfen belirtiniz: | ☐ | |

1. **ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER**

*Bu bölüm, araştırmanın amacı, kapsamı ve tasarımına ilişkin bilgilerin sağlanması için kullanılmalıdır.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Genel bilgiler** |  | |
| Araştırmanın türü |  | |
| Amaç/kapsam |  | |
| Veri toplama yöntemi |  | |
| Hipotezler |  | |
| Araştırmanın sınırlılıkları  ( kısıtlılıkları) |  | |
| Araştırmanın evreni / örneklemi ( yaş aralıkları ve cinsiyet belirlenmiş ise belirtiniz) |  | |
| Araştırmanın yapılacağı yer |  | |
| Araştırmanın yapılacağı zaman |  | |
| Araştırmanın tahminen ne kadar süreceği |  | |
| **Araştırmada tıbbi bir durum veya hastalık araştırılacak mı?** | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Cevabınız evet ise araştırılan tıbbi durum veya hastalık/hastalıkları belirtiniz | | |
| Araştırılan durumlardan herhangi biri nadir bir hastalık mı? | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| **Araştırmanın özellikleri** |  | |
| Araştırma, çalışmanın amacını gizli tutmayı gerektiriyor mu? | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Cevabınız evet ise, lütfen açıklayınız | | |
| Araştırma, gönüllünün fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit edici sorular içeriyor mu? | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Cevabınız evet ise, lütfen açıklayınız. |  | |
| Gönüllü katılımını olumsuz yönde etkileyecek herhangi bir durum mevcut mu? | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Cevabınız evet ise, lütfen açıklayınız. | | |

1. **ARAŞTIRMADAKİ GÖNÜLLÜ POPÜLASYONU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Araştırmadaki gönüllü grubu** ( aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı / olanları işaretleyiniz) | | |
| Sağlıklı gönüllüler | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Hastalar | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Özel hassas gruplar | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Gebe kadınlar | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Emziren kadınlar | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Acil vakalar | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Şahsen olur veremeyecek gönüllüler | Evet ☐ | Hayır ☐ |
| Cevabınız evet ise, lütfen belirtiniz: |  | |
| Diğer ise, lütfen belirtiniz: |  | |

1. **VERİ TOPLANMASI PLANLANAN YERLER** (*Gerektiğinde sayıyı arttırınız*).

|  |  |
| --- | --- |
| **1** |  |
| **2** |  |
| **3** |  |
| **4** |  |

1. **İLGİLİ BELGELER**

|  |  |
| --- | --- |
| Araştırmanın uzmanlık tezi veya akademik amaçlı olduğuna dair Anabilim Dalı Akademik Kurul Kararı veya Eğitim Sorumlusu tarafından onaylanan ıslak imzalı belge sunulmalıdır. |  |
| **Varsa Anket formu** |  |
| **Varsa Literatür** |  |

1. **BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI**

|  |  |
| --- | --- |
| **İşbu başvuru formuyla, şahsım/başvuru sahibi adına** | |
|  | * Başvuruda sağlanan bilgilerin doğru olduğunu; * Araştırmanın protokole, yönetmeliklere, güncel kılavuzlara, güncel Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulamaları ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini; * Araştırma ekibini (laborutuvar ekibi, araştırma hemşiresi gibi, dahil) araştırma hakkında bilgilendirdiğimi, * Önerilen klinik araştırmanın gerçekleştirilebilir nitelikte olduğunu;   Araştırma bütün ülkelerde/ülkemizde sona erdikten sonra, bir yıllık süre içerisinde sonuç raporunun bir kopyasını **İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Danışma Kurulu**’na sunacağımı taahhüt ederim. |
| **Başvuru Sahibi** |  |
| El yazısı ile Adı Soyadı |  |
| Tarih ( gün/ay/yıl) |  |
| İmza |  |

Başvuru formundaki tüm bölümlerin eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir.