**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. BAŞVURU DİLEKÇESİ- (İmzalı) |  |
| 1. BAŞVURU FORMU (A-F)- (Tam eksiksiz doldurulmuş) |  |
| 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (Kayıt/dosya/arşiv tarama çalışmaları için gerekli değildir. Hasta ve kontrol grubu için ayrı hazırlanmalıdır. Çalışmaya18 yaş altı gönüllülerin katılımı durumunda çocuk onam formu doldurulmalıdır.) |  |
| 1. KULLANILAN ANKET VB. FORMLAR(Bilgi formu/Anketin tamamı eklenmelidir. Anketin ilk sayfasında aydınlatılmış onam formu bulunmalıdır.) |  |
| 1. KURUM İZİN BELGESİ \*\* (Araştırmanın yapılacağı kurumdan onay yazısı) |  |
| 6. HELSİNKİ BİLDİRGESİ (Okunmalı ve her sayfası araştırıcılar tarafından imzalanarak dosyaya eklenmelidir) <http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2013/helsinki.pdf> |  |
| 7. İYİ KLİNİK UYGULAMALAR (IKU) FORMU(Araştırma Ekibini İKU ve İLU Çerçevesinde Bilgilendirme Belgesi araştırıcılar tarafından imzalanarak dosyaya eklenmelidir) <https://www.etu.edu.tr/files/dosyalar/2017/07/06/4dc4d699863b220f03a97f8ec0bc9e37.pdf> |  |
| 8. KONU İLE İLGİLİ 3 ADET LİTERATÜRÖZETİ/ABSTRACT |  |
| 9.**Tüm evrakların 1 nüshası ıslak imzalı basılı olarak etik kurul sekreterine teslim edilmesi, 1 nüshası dijital ortamda pdf uzantılı bilgisayar dosyasının etik kurul e-posta adresine (**[**harranetik@harran.edu.tr**](mailto:harranetik@harran.edu.tr)**)gönderilmesi gereklidir.** |  |

\* Başvurular elden teslim edilmek zorundadır.

\*\* Gerekli olduğu durumlarda etik kurul başkanlığı tarafından araştırmanın yapılacağı kuruluştan onay alınabilmesi için ön-yazı yazılabilir.

\*\*\* İlgili kutucukları çarpı ile işaretleyiniz.

\*\*\* Kontrol listesi eksik olan araştırmalar değerlendirmeye alınmayacaktır.

Toplantıdan Beş (5) iş günü öncesine kadar teslim edilen başvuru dosyaları toplantı gündemine alınır. Bu süreyi geçirenlerin başvuru dosyaları sonraki toplantı gündemine kalacaktır.

**Tüm evrakları eksiksiz teslim ettiğimi taahhüt ederim.**

**Araştırmacı:**

**İmza**

BAŞVURU DİLEKÇESİ

**T.C.**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ**

**KLİNİK ARAŞTIRMALARETİK KURULU**

“....................................................................” adlı araştırmamızın kurulunuz tarafından incelenmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

**Sorumlu Araştırmacı**

**Unvanı Adı Soyadı:**

**Tarih ve İmza:**

**A. ARAŞTIRMANIN ADI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A.1** | **ARAŞTIRMANIN BİLİMSEL ADI**  *Kısaltma kullanılmamalı ve araştırma amacını yansıtmalı*  ***……*** | |
| **A.2** | **ARAŞTIRMANIN HALKA YÖNELİK ADI**  *Kısaltma ve teknik terimler kullanılmamalı*  *(Retrospektif çalışma için gerekli değildir)*  ***…...*** | |
| **A.3** | **ARAŞTIRMANIN İNGİLİZCE ADI**  *Kısaltma kullanılmamalı ve araştırma amacını yansıtmalı* | |
| **A.4** | **ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ** | |
| **A.4.1** | Yüksek lisans tezi |  |
| **A.4.2** | Doktora tezi |  |
| **A.4.3** | Uzmanlık tezi |  |
| **A.4.4** | Bireysel araştırma projesi |  |
| **A.4.5** | Çok merkezli araştırma projesi |  |
| **A.4.6** | Diğer ise, lütfen belirtiniz. |  |

**B. ARAŞTIRMA EKİBİ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **B.1** | | **SORUMLU ARAŞTIRMACI**  *Bu bölümde araştırmadan / tezden sorumlu Öğretim Üyesi, diğer araştırma projeleri için ise uzmanlığını veya doktorasını tamamlamış araştırmacı ile ilgili bilgiler verilmelidir. Çok merkezli araştırmalarda birden fazla sorumlu araştırmacı olduğu durumlarda bu bölüm yinelenmeli ve koodinatör araştırmacı belirtilmelidir.* | | | | | | | | |
|  | |  | | Hipotez geliştirme | Veri elde etme | Rapor yazma | Makale raporunu eleştirel değerlendirme | Planlama | Veri analizi ve yorumlama | Diğer, belirtiniz……………... |
| **B.1.1** | | Ünvanı, Adı Soyadı: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.2.2** | | Uzmanlık alanı ve İşyeri: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.2.3** | | E-posta adresi ve GSM No: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **B.2** | | **YARDIMCI ARAŞTIRMACI**  *(Daha fazla yardımcı araştırmacı olması durumunda B.2.1- B.2.2- B.2.3 satırlarını yineleyerek yapıştırınız)* | | | | | | | | |
|  | |  | | Hipotez geliştirme | Veri elde etme | Rapor yazma | Makale raporunu eleştirel değerlendirme | Planlama | Veri analizi ve yorumlama | Diğer, belirtiniz…………….. |
| **B.2.1** | | **Ünvanı, Adı Soyadı:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.2.2** | | Uzmanlık alanı ve İşyeri: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.2.3** | | E-posta adresi ve GSM No: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.2.1** | | **Ünvanı, Adı Soyadı:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.2.2** | | Uzmanlık alanı ve İşyeri: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.2.3** | | E-posta adresi ve GSM No: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.2.1** | | **Ünvanı, Adı Soyadı:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.2.2** | | Uzmanlık alanı ve İşyeri: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.2.3** | | E-posta adresi ve GSM No: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.3** | **DANIŞMAN**  (*Araştırma grubunda yer almayan, fakat araştırma grubunca teknik,finansal, bilimsel vb. konularda bilgisine başvurulan kişi. Danışman isminin yayında yer alma zorunluluğu bulunmamaktadır.Birden çok danışman olması durumunda bu bölümü yineleyiniz.)* | | | | | | | | | |
|  | |  | | Bilimsel | Tercüme | Teknik | Finans | Planlama | İstatistik | Diğer, belirtiniz………… |
| **B.3.1** | | Ünvanı, Adı Soyadı: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.3.2** | | Uzmanlık alanı ve İşyeri: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **B.3.3** | | E-posta adresi ve GSM No: |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C. ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN BİLGİLER**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C.1** | **ARAŞTIRMANIN KONUSU VE KAYNAKLAR**  ***(****Araştırma konusu, önemi, literatür bilgisi ve gerekçesi 150 ila 200 kelime aralığında olacak şekilde yazılmalı. Kaynaklar metin içinde belirtilmeli ve metnin altında numaralandırılarak sıralanmalıdır. Ayrıca araştırma konusuyla ilgili 3 adet kaynağın özeti dosyaya eklenmelidir.)*  **KAYNAKLAR**  *1.*  2.  3. | | | | | | |
| **C.2** | **ARAŞTIRMANIN AMACI**  *( Mümkün olduğunca teknik terim ve kısaltma kullanılmadan açıklanmalıdır)* | | | | | | |
| **C.3** | **YÖNTEMİN ÖZETİ** | | | | | | |
| **C.4.** | **ARAŞTIRMANIN KAPSAMI**  *(Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)* | | | | | | |
|  | Teşhis | | Etyoloji | Profilaksi | | | |
| Tedavi | | Güvenlilik | Etkililik | | | |
| **C.5.** | **ARAŞTIRMANIN KONUSU**  *(Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)* | | | | | | |
| **C.5.1** | Gözlemsel çalışmalar (*Gözlemsel ilaç çalışmaları ve gözlemsel tıbbi cihaz çalışmaları hariç*) | | | | | |  |
| **C.5.2** | Anket çalışmaları (survey) | | | | | |  |
| **C.5.3** | Dosya ve görüntü kayıtları gibi retrospektif arşiv taramaları | | | | | |  |
| **C.5.4** | Kan, idrar, doku, radyolojik görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle yapılacak araştırmalar | | | | | |  |
| **C.5.5** | Rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak araştırmalar | | | | | |  |
| **C.5.6** | Hücre ve doku kültürleri ile yapılacak *invitro* çalışmalar | | | | | |  |
| **C.5.7** | Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar | | | | | |  |
| **C.5.8** | Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar | | | | | |  |
| **C.5.9** | Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları | | | | | |  |
| **C.5.10** | Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar | | | | | |  |
| **C.5.11** | Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları | | | | | |  |
| **C.5.12** | Ölçek çalışmaları | | | | | |  |
| **C.5.13** | Antropometrik ölçümlere dayalı çalışmalar | | | | | |  |
| **C.5.14** | Diğer ise lütfen belirtiniz (Örn sosyal ve beşeri bilimler alanında kullanım için nörolojik veriler(medikal bir amaç gütmeksizin): | | | | | | |
| **C.6.** | **ARAŞTIRMANIN UYGULANACAĞI YER VE İZİN DURUMU**  *(Araştırma yapılacak merkeze ait bilgi verilmeli ve belirtilen merkez ile ilgili olarak, izin ve onay yazıları başvuru dosyasına eklenmelidir)* | | | | | | |
| **C.7.** | **GÖNÜLLÜ/KATILIMCI GRUBUNUN ÖZELLİKLERİ**  (*Çalışmaya katılanların tümünü kapsar. Etik kurul değerlendirmesinde kritik noktalardan biri gönüllü grubunun özellikleridir. Lütfen aşağıdaki kutuları dikkatlice doldurunuz. Birden fazla kutucuk işaretlenebilir.)* | | | | | | |
| **C.7.1.** | Tahmini Gönüllü/Katılımcı Sayısı : | | | | | .... | |
| **C.7.2.** | 18 yaş altı | | | | |  | |
| **C.7.3.** | 18 yaş üstü | | | | |  | |
| **C.7.4.** | Kadın | | | | |  | |
| **C.7.5.** | Erkek | | | | |  | |
| **C.7.6.** | Sağlıklı gönüllüler | | | | |  | |
| **C.7.7.** | Hastalar | | | | |  | |
| **C.7.8.** | Engelliler | | | | |  | |
| **C.7.9.** | Gebe kadınlar | | | | |  | |
| **C.7.10.** | Emziren kadınlar | | | | |  | |
| **C.7.11.** | Acil olgular | | | | |  | |
| **C.7.12.** | Öğrenciler | | | | |  | |
| **C.7.13.** | Yaşlılar | | | | |  | |
| **C.7.14.** | Diğer ise, lütfen belirtiniz: | | | | |  | |
|  |  | | | | |  | |
| **C.8.** | **DAHİL OLMA ve DIŞLAMA KRİTERLERİ**  **KRİTERLERİ** | | | | | | |
| **C.9.** | **KONTROL GRUBU**  *(Var ise özellikleri)* | | | | | | |
| **C.10.** | **VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**  *(Buraya ölçekler, anketler ve diğer araçların kullanım amaçları varsa Türkçe geçerlilik güvenilirlikleri, puanlama yöntemleri yazılmalıdır.)* | | | | | | |
| **C.10.1** | Anket | | | |  | | |
| **C.10.2** | Mülakat | | | |  | | |
| **C.10.3** | Gözlem | | | |  | | |
| **C.10.4** | Bilgisayar ortamında test uygulaması | | | |  | | |
| **C.10.5** | Görüntü kaydı | | | |  | | |
| **C.10.6** | Ses kaydı | | | |  | | |
| **C.10.7** | Biyolojik materyal üzerinde yapılan çalışma | | | |  | | |
| **C.10.7.1** | *In vivo* çalışma | | | |  | | |
| **C.10.7.2** | *In vitro* çalışma | | | |  | | |
| **C.10.7.3** | *Ex vivo* çalışma | | | |  | | |
| **C.10. 8** | Post-mortem | | | |  | | |
| **C.10. 9** | Rutin | | | |  | | |
| **C.10. 10** | Diğer ise, belirtiniz: | | | |  | | |
| **C.11.** | | **ARAŞTIRMADA KULLANILACAK İŞLEMLER VE DEĞİŞKENLER**  (*Bu bölümde araştırmada izleyeceğiniz tüm prosedür , veri toplama yöntemleri, bağımlı ve bağımsız değişkenler yazılacaktır.)* | | | | | |
| **C.12.** | | **VERİ ANALİZ YÖNTEMİ**  *(SPSS’ de yapılacaktır yeterli bir yanıt değildir)* | | | | | |
| **C.13.** | | **ARAŞTIRMA SÜRESİ**  **Araştırma başlama tarihi:** Etik kurul onay tarihinden itibaren  **Araştırmanın tahmini süresi** *(ikibuçuk yıl, bir yıl üç ay gibi)***:** | | | | | |

**D. ARAŞTIRMA BÜTÇESİ\*\*\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARAŞTIRMA GİDERLERİ : YOK ise kutucuğa çarpı işateri koyunuz** | | | |
| **D.1** | Araştırma yerinden hizmet alımı:  (*Örneğin; 3 defa EKG, 2 defa CT gibi*) |  | |
| **D.2** | Araştırma yeri dışından hizmet alımı:  (*Örneğin; laboratuvar hizmetleri gibi*) |  | |
| **D.3** | Gönüllülere verilecek hizmet:  *(Ulaşım ve hafif öğle yemeği gibi)* |  | |
| **D.4** | Diğer:  (*seyahat, anketör, sarf malzemesi gibi* ) |  | |
| **D.5** | **Araştırmanın toplam bütçesi (TL, yaklaşık maliyet) :** |  | |
| **D.6** | **ARAŞTIRMA BÜTÇESİNİN KAYNAĞI** | | |
| HÜBAK Başvurusu Yapılacaktır. | |  |
| Diğer Üniversite ( BAP ) Başvurusu Yapılacaktır. | |  |
| Eğitim ve Araştırma Hastanesi | |  |
| Türkiye Bilimsel Teknik ve Araştırma Kurumu (TÜBİTAK)Başvurusu Yapılacaktır. | |  |
| Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)Başvurusu Yapılacaktır. | |  |
| Şirket | |  |
| Araştırma ekibi | |  |
| Diğer ise lütfen belirtiniz (………………………………………………………………………………………………………………………………) | | |
| **D.7** | **DESTEKLEYİCİ KURUM / KURULUŞ BİLGİLERİ** | | |
| Kurumun Adı: | | |
| Adresi: | | |
| E-posta adresi: | | |
| Telefon numarası: | | |
| Faks numarası: | | |

**\*\*\*\* Lütfen boş bırakmayınız yok ise “yok” diye belirtiniz.**

**E. TAAHHÜTNAME**

|  |
| --- |
| * Bu projenin kurulunuza sunduğumuz hali ile daha önce başka bir etik kurula sunulmadığını, * Başvuru dosyasında yer alan bilgilerin doğru olduğunu, * Araştırmanın protokole, ilgili mevzuata, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesine, **güncel Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulamaları ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini (tüm yazarların mHelsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulamaları belgelerini okuyup tüm sayfalarını imzalayarak başvuru dostasına eklemeleri gerekmektedir)**, * Araştırmanın Etik Kurul tarafından onaylandığı tarihten itibaren 6 (altı) ay içinde başlatılmadığı veya araştırmadan vazgeçildiği durumda, konu ile ilgili olarak kurulunuzu bilgilendireceğimizi, * Araştırma ekibinde ortaya çıkacak değişikliklerde ve araştırma protokolünde amaç, yöntem vb. gibi husulardaki değişikliklerde, sözkonusu değişikliğin gerçekleştirilmesinden önce durumu kurulunuza bildireceğimizi, * Araştırma kapsamında yapılacak test, laboratuvar tetkikleri, hekim muayenesi, kimyasal madde ve tıbbi cihazların kullanım vb rutin dışı hiç bir işlem bedeli kamuya ait fon ve bütçelerden veya özel sağlık sigortalarından karşılanmayacağını veya kişiye ödettirilmeyeceğini, söz konusu bedellerin projeyi destekleyen kişi veya kuruluş tarafından ödeneceğini taahhüt ederiz. |
| **Aşağıdaki bölüm el yazısı ile doldurulacaktır.  Aşağıdaki sıralama, yayın aşamasındaki Yazar sıralaması konusunda bağlayıcı değildir.** |

**Tarih : .... /.... / 20**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Adı soyadı : |  | 1. Adı soyadı : |
| İmza : | İmza : |
|  |  |
| 1. Adı soyadı : | 1. Adı soyadı : |
| İmza : | İmza : |
|  |  |
| 1. Adı soyadı : | 1. Adı soyadı : |
| İmza : | İmza : |
|  |  |
| 1. Adı soyadı : | 1. Adı soyadı : |
| İmza : | İmza : |
|  |  |
| 1. Adı soyadı : | 1. Adı soyadı : |
| İmza : | İmza : |

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)**

***(Hasta ve Kontrol grubu gönüllüler için ayrı hazırlanmalıdır)***

(Onam Formunda çalışmaya ait bilgiler dışında gereksiz bilgilerin yer almaması ve şablon olarak yazılan gereksiz yazıların çıkarılması gerekmektedir***)***

**ÇALIŞMANIN ADI:** (*Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır*. Araştırmanıza uygun olarak örneği yeniden düzenleyiniz.)

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz,***Çalışmaya Katılma Onayı***Formu’nuimzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)*

**ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:**

**ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

*(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml ( bir çay kaşığı ) / 5 ml ( bir tatlı kaşığı ) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları hastanın anlayacağı dildenaçıklanmalıdır.)*

**ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

**KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

**SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:**

**Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Gönüllü Adı Soyadı:* |  | *Tarih ve İmza:* |
| *Telefon:* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Vasi (var ise ) Adı Soyadı:* |  | *Tarih ve İmza:* |
| *Telefon:* |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Araştırmacı Adı Soyadı:* |  | | *Tarih ve İmza:* |
| *Adres ve Telefon:* | |  | |

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ÇOCUK ONAM FORMU (BGÇOF)**

***(Hasta ve Kontrol grubu gönüllüler için ayrı hazırlanmalıdır)***

(Onam Formunda çalışmaya ait bilgiler dışında gereksiz bilgilerin yer almaması ve şablon olarak yazılan gereksiz yazıların çıkarılması gerekmektedir***)***

**ÇALIŞMANIN ADI:** (*Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır*. Araştırmanıza uygun olarak örneği yeniden düzenleyiniz.)

**ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:**

**ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

*(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml ( bir çay kaşığı ) / 5 ml ( bir tatlı kaşığı ) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları hastanın anlayacağı dildenaçıklanmalıdır.)*

**ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

**KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

**SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

**Çalışmaya Katılma Onayı**

Bu araştırmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuşup onlara danışmalısın. Onlara da bu araştırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da doktorlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Gönüllü Çocuğun Adı Soyadı:* |  | *Tarih ve İmza:* |
| *Telefon:* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Velisinin Adı Soyadı:* |  | *Tarih ve İmza:* |
| *Telefon:* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Araştırmacının Adı Soyadı:* |  | *Tarih ve İmza:* |
| *Adres ve Telefon:* |  | |

**ÖZET/ABSTRACT**

**1.**

**2.**

**3.**