1. **ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.1** | **SORUMLU ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER** |
| A.1.1 | Adı, Soyadı: |
| A.1.2 | Kurumu: |
| A.1.3 | Bölümü: |
| A.1.4 | Telefonu: |
| A.1.5 | e-mail adresi: |
| **A.2** | **ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER** |
| A.2.1 | Araştırmanın açık adı: |
| A.2.2 | Araştırmanın Statüsü (aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)  □ YL Tezi □ Doktora Tezi □ Bireysel Araştırma Projesi □ Diğer |
| A.2.3 | Araştırmanın destekleyicisi var mı?  □ Evet □ Hayır  Evet ise araştırma bütçesinin kaynağı?  □Sağlık Bakanlığı □TÜBİTAK □Kalkınma Bakanlığı □ İlaç Firması  □Diğer (belirtiniz): |
| A.2.4 | Yapılacak araştırma prospektif ise hastane imkanlarından (ilaç, tıbbi cihaz, laboratuvar tetkiki, muayene, vb) yararlanılacak mı?  □ Evet □ Hayır  Evet ise cinsini ve miktarını belirtiniz: |
| A.2.5 | Araştırmanın amacı : |
| A.2.6 | Araştırmanın Evreni/Örneklemi (yaş aralıkları ve cinsiyet belirlenmiş ise yazılacaktır):  *(Örnek: Bu araştırma Tip II diyabetli, 30-50 yaş aralığındaki erkek ve kadın 80 gönüllü üzerinde yapılacaktır)*  Araştırmanın Süresi (ay/yıl): |
| A.2.7 | Zaman Takvimi (çalışmanın başlangıç ve bitiş tarihi): |

1. **ARAŞTIRMADA YER ALACAK DİĞER ARAŞTIRMACILAR**

(**Birden çok araştırmacı varsa bu bölümü yineleyiniz)**

|  |  |
| --- | --- |
| B.1 | Adı Soyadı: |
| B.2 | Unvanı: |
| B.3 | Uzmanlık Alanı: |
| B.4 | İş Adresi: |
| B.5 | E-posta adresi: |
| B.6 | Telefon Numarası: |
| B.7 | Anabilim Dalı Başkanı (Eğitim Sorumlusu) İmza |
| B.8 | Klinik Sorumlusu (İdari Sorumlu) İmza |

**C. BAŞVURU SAHİBİNİN (SORUMLU ARAŞTIRMACININ) İMZASI**

|  |  |
| --- | --- |
| C.1 | * Başvuruda sağlanan bilgilerin doğruluğunu, * Araştırmanın ilgili mevzuata, değerlendirme formuna ve güncel Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini, * Rutin dışı tetkiklerden doğacak masrafların hastaya veya kurumlara yansıtılmayacağını, * Araştırma sırasında meydana gelebilecek, araştırmaya bağlı her türlü istenmeyen durumun tarafımdan tazmin edileceğini, * Arşivden alınacak ve tekrar kullanılacak olan materyalin her türlü istismarının önlenmesi için gereken dikkat ve özenin gösterileceğini, * Araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasının İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği’ne tarafımdan sunulacağını   taahhüt ederim. |
| C.2 | Başvuru Sahibi Adı-Soyadı:  Tarih (gün/ay/yıl):  Islak İmza (mavi kalemle): |

**NOT:**

* Bu form doldurularak İl Sağlık Müdürlüğüne müracaat edilecektir.
* Sadece başvuru yapılmış olması, yapılacak araştırmaya başlamak için yeterli değildir.
* Araştırmaya başlayabilmek için ilgili başvurunun Sağlık Müdürlüğü tarafından UYGUN GÖRÜLMESİ gerekmektedir.
* Çalışma birden fazla ilde yapılacak ise ilgili Sağlık Müdürlüklerine ayrı ayrı başvuru yapılır.
* Hastane verilerinin kullanıldığı retrospektif çalışmalarda, altı ayda bir, çalışmanın gidişatı hakkında Bilim Kuruluna yazılı rapor verilmelidir.