**İ.Ü.DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI İZNİ GEREKLİ OLMAYAN**

**(“KLİNİK ARAŞTIRMALAR YÖNETMELİĞİ” NE TÂBİ OLMAYAN) ARAŞTIRMALAR İÇİN**

**ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ**

**Protokol numarası: ........................ Revizyon Numarası:….. Tarih .. /../....**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ARAŞTIRMANIN ADI:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ARAŞTIRMANIN DAYANAKLARI VE GEREKÇESİ:** *(en çok 2500 karakter)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ARAŞTIRMANIN AMACI:** *(Ayrıntılı olarak açıklayınız)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ARAŞTIRMA SONUNDA BEKLENEN YARARLAR:** *(**Ayrıntılı olarak açıklayınız)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **ARAŞTIRMA YÖNTEMİ:** *(Ayrıntılı olarak açıklayınız)*   Çalışmayı gerçekleştirmek için yapacağınız etkinlikleri özetleyin: (araştırma sorunuzu hangi çalışma planı ile cevaplayacaksınız, gönüllülerden ne tür bilgiler, nasıl toplanacak, laboratuvar incelemeleri varsa, bunlar hangi **ölçümler**, hangi yöntemlerle belirlenecek, (ÖRNEK: hücre ayırımı varsa nasıl yapılacak, hangi alet ya da hazır kitler kullanılacak, bunların teknik özellikleri nelerdir vb gibi) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Araştırma Tasarımı | | | | | | | | |
|  | Gözlemsel Araştırma | | Deneysel Araştırma | | | | |  |
| Tanımlayıcı Araştırma | Evet |  |  |  |  |  |  |
|  | Evet |  |  |  |  |  | Geriye Dönük Araştırma |
|  | Evet |  |  |  |  |  | İleriye Yönelik Araştırma |
| Analitik Araştırma | Evet |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Evet |  |  |  |  |  | Geriye Dönük Araştırma |
|  | Evet |  |  |  |  |  | İleriye Yönelik Araştırma |
| Kontrollü Araştırma |  |  | Evet |  |  |  |  | Kör Araştırma |
|  |  | Evet |  |  |  |  | Çift-kör Araştırma |
|  |  | Evet |  |  |  |  | Açık Araştırma |
|  |  |  | Evet |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Evet |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Evet |  |  |
| Kontrolsüz Araştırma |  |  |  |  |  |  | Evet |  |
|  | Kesitsel Araştırma | Boylamsal Araştırma | Randomize Kontrollü Araştırma | Randomize Olmayan Kont-rollü Araştırma | Çapraz Ran-domizasyon | Önce ve Sonra Araştırması |  | |
| Olabilecek diğer açıklamalar | | | | | | | | |
| [*Lütfen bilgi girin*.] | | | | | | | | |

1. **SÜREÇ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Araştırma sırasında karşılabilecek zarar, riskler ve olabilecek süreç sorunları nelerdir?** |  |
| **Bunlara karşı alınabilecek önlemler nelerdir?** (İlgili planınız varsa açıklayın) |  |

1. **ÖRNEKLEM BİLGİLERİ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Araştırmaya katılacak gönüllülerin sayısı nasıl belirlendi, açıklayın: (kullanılan güç, güven düzeyi, ortalama, standart sapma, görülme sıklığı (oran) vb.)** |  |
| **Örnek alma yöntemi :** (Örneklere nerelerde, nasıl ulaşılacak, klinikte seçim nasıl yapılacak?) |  |

1. **GÖNÜLLÜ (ÖRNEK) POPULASYON BİLGİLERİ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gönüllülerin (örneğin) araştırmaya dahil edilme kriterleri :** *(Maddeler Halinde Sıralayınız)* |  |
| **Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri :** *(Maddeler Halinde Sıralayınız)* |  |
| **Kontrol grubu varsa hangi sayı ve özellikteler, nereden nasıl sağlanacak?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Yaş aralığı:** *(Planlanan gönüllü sayısını yaş sınırlarıya belirtiniz.)* | |
|  | Çocuk Yaş Grubu: |
|  | Sayı: |
|  | 18 yaş üstü : |
|  | Sayı: |
|  | ***TOPLAM SAYI:*** |
| **Cinsiyet:** *(Planlanan gönüllü sayısının cinsiyet dağılımını belirtiniz)* | |
|  | Kadın |
|  | Erkek |
|  | ***TOPLAM SAYI:*** |
| **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu:** | |
|  | Araştırma, katılımcının anlayabileceği dilde, tıbbi kelimelerden arındırılmış olarak (gerekli tıbbi terimler parantez içinde verilmiş) ve kurallara uygun olarak hazırlandı mı?  **Örnek 1:** [**LİNK**](http://istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2014/03/bilgilendirilmisgonulluolurformu2014V1.docx)  **Örnek 2:** [**LİNK**](http://istanbultip.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2014/02/Asgari-BGOF-Örneği2014.docx) |

1. **ARAŞTIRMADA KULLANILACAK VERİ ARAÇLARI NELERDİR? *(****Form örneklerini ekleyiniz.****)***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Bilgi-Soru formu ile** |
|  | * Kendi kendine cevaplama |
|  | * Gözlem altında cevaplama |
|  | * Görüşmeci aracılığıyla cevaplama |
|  | Gözlem |
|  | Laboratuvar incelemesi |
|  | Arşivden kayıt |
|  | Diğer (Açıklayınız.) |
| ***NOT: Hangi bilgilerin / laboratuvar incelemelerinin nerelerden sağlanacağına ait ayrıntılı liste ile klinik ve laboratuvarlardan alınan ön-izin yazısını da ek olarak sununuz.*** | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **VERİLER HANGİ İSTATİSTİK YÖNTEMLERLE DEĞERLENDİRİLECEK: Kullanılacak olan istatistiksel analiz yöntemlerini detaylı bir biçimde açıklayınız).** |  |

1. **ARAŞTIRMA BÜTÇESİ:** *(Araştırma bütçe formunu ayrıca doldurunuz.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Araştırma giderleri toplamı | |  |
| **Araştırma giderlerinin kaynağı** | | |
|  | * Araştırmacının kendisi | |
|  | * Destekleyici | |
|  | * Üniversite (BAP) | |
|  | * TÜBİTAK | |
|  | * DPT | |
|  | * Endüstri ve Diğer Kurumlar (Açıklayınız.) | |

1. **ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tek Merkez |
|  | Çok Merkez |

1. **ÇOK MERKEZLİ ARAŞTIRMALARDA, KURUM DIŞINDAKİ MERKEZLERİN BİLGİLERİ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Çok merkezli çalışmalarda çalışmaya katılan merkezler** : *(İletişim bilgileri ile beraber numaralandırarak listeleyin)* |  |
| **Toplam merkez sayısı:** |  |

1. **ÇALIŞMA KOORDİNATÖRÜ BİLGİLERİ:**

|  |
| --- |
| **Koordinatör** *(Çok merkezli araştırmalarda)* **ve sorumlu araştırmacı** *(Tek merkezli araştırmalarda) iletişim bilgileri)* **:** |
| * Adı Soyadı: |
| * Unvanı (Dr., …): |
| * Uzmanlık alanı: |
| * İş adresi: |
| * E-posta adresi: |
| * Telefon numarası: |
| * İmzası: |
| **Sorumlu araştırmacı** *(Gerektiğinde bu bölümü tekrarlayın)* |
| * Adı Soyadı: |
| * Unvanı (Dr., …): |
| * Uzmanlık alanı: |
| * İş adresi: |
| * E-posta adresi: |
| * Telefon numarası: |
| * İmzası: |

1. **YARDIMCI ARAŞTIRICININ BİLGİLERİ:**

|  |
| --- |
| **Yardımcı araştırmacı** *(Gerektiğinde bu bölümü tekrarlayın)* |
| * Adı Soyadı: |
| * Unvanı (Dr., …): |
| * Uzmanlık alanı: |
| * İş adresi: |
| * E-posta adresi: |
| * Telefon numarası: |
| * İmzası: |

1. **ARAŞTIRMADAN SORUMLU OLAN KLİNİK/ BÖLÜM:**

|  |
| --- |
| Adı**:** |
| * Adresi**:** |
| * Telefon numarası: |
| * Faks numarası: |

1. **YAPILACAK TESTLER, İLGİLİ LABORATUVAR VE DİĞER İNCELEMELER**

|  |
| --- |
| **Araştırmada yapılacak olan biyokimyasal, analitik, radyolojik, mikrobiyolojik, kognitif vb. testler ve diğer inceleme ve ölçümleri, yapılacak mekanlarla belirtin.** *(Birden çok test, inceleme vb. için bilgileri tekrarlayın. Bu amaçla ek sayfaları kullanabilirsiniz)***:** |
| * Yapılacak test veya incelemenin adı: |
| * Temasa geçilecek kişinin adı soyadı: |
| * Adresi: |
| * Telefon numarası: |
| * Faks numarası: |

1. **ARAŞTIRMANIN PLANLANAN SÜRESİ:**

|  |
| --- |
| * Planlanan Başlangıç Tarihi**:** |
| * Planlanan Bitiş Tarihi: |

1. **PROJE İLE İLGİLİ TEMAS KURULACAK KİŞİ:**

|  |
| --- |
| Adı**:** |
| * Adresi**:** |
| * Telefon numarası: |
| * Faks numarası: |

***.***