**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-%C3%96rne%C4%9Fi2014.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:
 |

***.***