**ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ**

**BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU ve DETAY FORMU**

1. **ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A.1** | **ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER** | | |
| A.1.1 | Adı Soyadı:  e-posta adresi:  Telefon (GSM): | | |
| A.1.2 | Kurum / Üniversite: | | |
| A.1.3 | Bölümü: | | |
| **A.2** | **ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER** | | |
| A.2.1 | Araştırmanın Açık Adı: | | |
| A.2.2 | Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)  □Lisans Bitirme Projesi □Tezsiz YL Bitirme Projesi □YL Tezi □ Doktora Tezi □Bireysel Araştırma Projesi □Diğer (belirtiniz): | | |
| A.2.3 | Araştırmanın destekleyicisi var mı?  □ Evet □ Hayır  Evet ise, araştırma bütçesinin kaynağı aşağıdakilerden hangisi tarafından sağlandı?  □ Sağlık Bakanlığı □ TÜBİTAK □ Kalkınma Bakanlığı □ İlaç Firması  □ Diğer (belirtiniz): | | |
| A.2.4 | Yapılacak araştırma prospektif ise kimyasal bir madde (ilaç v.b.) kullanılacak mı?  □ Evet □ Hayır  Evet ise lütfen açıklayınız: ……………………………………………………………………………. | | |
| A.2.5 | Araştırma katılımcıların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorular içeriyor mu? | Evet | Hayır |
| A.2.6 | Gönüllü katılımını olumsuz etkileyecek herhangi bir soru veya durum var mı? | Evet | Hayır |
| A.2.7 | Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul var mı? | Evet | Hayır |
| A.2.8 | Araştırma başvurusunun onaylandığı Eğitim Planlama Kurulu (EPK) kararı var mı? | Evet | Hayır |
| A.2.9 | Bu araştırmada kullanılan materyal ve/veya elde edilen veriler kullanılarak bir başka araştırma planlanmakta mıdır? | Evet | Hayır |
| A.2.10 | Yanıtınız evet ise, lütfen yapılacak araştırmalar ile ilgili bilgi veriniz. | | |
| A.2.11 | Araştırmanın aşağıda belirtilen alanlarda varsa yararlarını yazınız.  Bireysel:  Kurumsal:  Toplumsal:  Bilimsel: | | |

1. **ARAŞTIRMA DETAY FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **B.1** | **ARAŞTIRMAYA AİT GENEL BİLGİLER** |
| B.1.1 | Amaç/Kapsam/ Hedef: |
| B.1.2 | Hipotez(ler): |
| B.1.3 | Araştırmanın Türü:  Retrospektif Çalışma    Prospektif Çalışma |
| B.1.4 | Araştırmanın Tipi (kısa bir tanımlama): |
| B.1.5 | Araştırmanın Evreni/Örneklemi (yaş aralıkları ve cinsiyet belirlenmiş ise yazılacaktır.)  Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:  Araştırmadan Dışlanma Kriteri: |
| B.1.6 | Gereç ve Yöntem: ( Veri toplama formları/ araçları ve veri toplama yöntemi hakkında detaylı bilgi ) |
| B.1.7 | Araştırmanın Yapılacağı Zaman Aralığı: |
| B.1.8 | Kay  Kay Kaynaklar: |

**C. ARAŞTIRMADA YER ALAN DANIŞMANLAR**

(Birden çok danışman olması durumunda bu bölümü yineleyiniz.) Bu bölümde danışman Öğretim Üyesi ile ilgili bilgiler verilmelidir.

|  |  |
| --- | --- |
| C.1 | Adı Soyadı: |
| C.2 | Unvanı: |
| C.3 | Uzmanlık Alanı: |
| C.4 | Kurum / Üniversite: |
| C.5 | Telefon Numarası: |

**D. İLGİLİ BELGELER\***

\*(Bu bölümde belirtilen belgeler sırası ile başvuru dosyasına eklenmelidir.)

|  |  |
| --- | --- |
| D.1 | Üniversite / Kurum Talep Yazısı  (araştırmacı kurum dışı personel veya öğrenci ise bağlı bulunduğu kurumu veya üniversitesi tarafından hastanemize hitaben yazılmış yazı) |
| D.2 | * VARSA ANKET FORMU / ÖLÇEK /VERİ TOPLAMA FORMU\*   \***Hazırlanan anket, ölçek ve veri toplama formunun her sayfasında sorumlu araştırmacının (tez ise danışmanın) ıslak imzası ve kaşesi olan bir örnekleri başvuru formuna eklenmelidir.** \*Anketin geçerliliği/güvenilirliği ile ilgili olarak, anket hazırlanmasında yararlanılan kaynaklar belirtilmelidir.  Anket formunda araştırmaya katılanların kimliğini açığa çıkaran sorular olmamasına özen gösterilmelidir.     * ARAŞTIRMAYA KATILANLARI ONAMININ ALINACAĞI “BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU” |
| D.3 | Çalışma Yapılacak İl (ler) Listesi: |
| D.4 | Çalışma Yapılacak Sağlık Tesis (leri) Listesi: |
| D.5 | Kurumsal Kimlik Fotokopisi |

**E. BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI**

|  |  |
| --- | --- |
| E.1 | İşbu başvuru formu ile kendim/ başvuru sahibi adına   * Başvuruda sağlanan bilgilerin doğruluğunu, * Araştırmanın ilgili mevzuata, Değerlendirme Formuna ve güncel Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini, * Araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasını T. C. Sağlık Bakanlığına Eskişehir İli Sağlık Müdürlüğüne sunacağımı taahhüt ederim. |
| E.2 | Başvuru Sahibi Adı-Soyadı:  Tarih (gün/ay/yıl):  İmza: |

**NOT:**

* Bu form doldurularak **araştırma çalışmasının yapılacağı sağlık tesisine** müracaat edilecektir.
* Sadece başvuru yapılmış olması, yapılacak araştırmaya başlamak için yeterli değildir.
* Araştırmaya başlayabilmek için ilgili başvurunun İl Sağlık Müdürlüğü tarafından **uygun görülmesi** gerekmektedir.
* Çalışma birden fazla ilde yapılacak ise ilgili sağlık tesislerine ayrı ayrı başvuru yapılması ve ilgili İl Sağlık Müdürlükleri tarafından ayrı ayrı uygun görülmesi gerekmektedir.
* Bu form Araştırma Sahibi tarafından **eksiksiz doldurulacaktır**.