|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\HALIME.DOGU\Desktop\saglik-bakanligi-logo.png | **T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  **ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ**  **BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÖN İZİN FORMU** |
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Çalışmanın Genel Niteliği | | ( ) Klinik Araştırma | | |
| ( ) Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma | | |
| ( ) Bilimsel Araştırma ve Projeler | | |
| 1. Çalışmanın Adı/Gerekçesi | |  | | |
| 1. Öngörülen Çalışma Süresi | |  | | |
| 1. Çalışmayı Yürütecek **Sağlık tesisinin** ve **klinik/bölüm adı** | | ……………………………………….. - ………………………. | | |
| 1. Destekleyen kurum/kuruluş adı | |  | | |
| 1. Varsa destekleyicinin yasal temsilci adı | |  | | |
| 1. Koordinasyon ünvanı/adı/soyadı (Belirlenmiş ise) | |  | | |
| 1. Sorumlu Araştırmacının ünvanı/ad/soyadı/Kurumu | |  | | |
| 1. Diğer araştırmacı | Araştırma Ekibi (Sayı olarak belirtiniz) | | Ünvanı/Adı/Soyadı/Kurumu | |
| Araştırmacı ( ) Var (……)  ( ) Yok | |  | |
| Yardımcı Araştırma Personeli ( ) Var (……)  ( ) Yok | |  | |
| 1. Çalışmaya katılan merkezler | | ( ) Çok merkez | ( ) Tek merkez | |
| **(çalışma çok merkezli ise ve belirlenmişse diğer merkezi belirtiniz)** | |  | | |
| 1. Çalışma yerinden hizmet alımı | | ( ) Var | ( ) Yok | |
| Eğer var ise | | Hizmet Çeşidi | Hizmet adı /miktar belirtiniz | |
| Laboratuvar | ( )var (……….) Yok ( ) | |
| Görüntüleme | ( )var (……….) Yok ( ) | |
| Yatak/gün | ( )var (……….) Yok ( ) | |
| Konsültasyon | ( )var (……….) Yok ( ) | |
| Ameliyathane | ( )var (……….) Yok ( ) | |
| Diğer | ( )var (……….) Yok ( ) | |
| 1. Çalışmanın Yapılacağı Birimin Bağlı Olduğu Başhekim Yrd. Görüşü | | | | |
|  | | | | |
| **KARAR** | | **REVİZYON** | **KABUL** | **RED** |
| 1. Sağlık Tesisinin En Üst Yöneticisinin Görüşü | | | | |
|  | | | | |

**……./……../20….**

**Birim Sorumlusu Başhekim Yrd.**

**/İmza/Kaşe/**

**ONAY**

**(Sağlık Tesisinin en üst yöneticisi)**

**İmza/Kaşe**