|  |  |
| --- | --- |
| 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**