|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.****KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI |  |

**TIP FAKÜLTESİ YEREL BİLİMSEL TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI’NA**

“………………………………………” başlıklı araştırma projesinin kurulunuzda değerlendirilmesi için gereğini arz ederim.

Tarih

Proje Yürütücüsü

İmza

.

**Ekler:**

1. Tıp Fakültesi Yerel Bilimsel Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu Formu
2. İyi Klinik Uygulamaları Taahhütnamesi
3. Çıkar İlişkisi Olmadığına Dair Taahhütname
4. Mali Taahhütname
5. Araştırmanın Yapılacağı Kurumdan Onay Yazısı veya Araştırmanın Yapılacağı Kurumdan Onay Alınacağına Dair Taahhütname
6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Gerekliyse)

**İYİ KLİNİK UYGULAMALARI TAAHHÜTNAMESİ**

KMÜ TIP FAKÜLTESİ YEREL BİLİMSEL TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI’NA

 Bu araştırma süresince Dünya Tıp Birliği (WMA) HELSİNKİ Bildirgesi (ve/veya Dünya Psikiyatri Birliği HAWAII Bildirgesi) İyi Klinik Uygulamaları kurullarına uyacağımızı, beklenmeyen ters bir etki veya bir olay olduğunda, araştırma sırasında çalışma protokolünde değişiklik yapılması gerektiğinde ya da araştırma durdurulduğunda derhal yazılı olarak etik kurulunuza bildireceğimizi taahhüt ederiz.

 Tarih

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ARAŞTIRMA YÜRÜTÜCÜSÜ** | **Adı Soyadı** | **İmzası** |
|  |  |  |
| **ARAŞTIRMAYA KATILANLAR (Diğer)** |  |  |
| **1-** |  |  |
| **2-** |   |  |
| **3-** |  |  |
| **4-** |  |  |

**ÇIKAR İLİŞKİSİ OLMADIĞINA DAİR**

**TAAHHÜTNAME**

 KMÜ TIP FAKÜLTESİ YEREL BİLİMSEL TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI’NA

 Bu araştırmanın planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve yayınlanması aşamalarında finansmanı sağlayan kuruluşlarla, araştırmayı yapacağım yer ve kişilerle ticari, politik, kişisel nedenlerle araştırmanın bilimsel, etik yönlerine zarar verebilecek hiçbir bağlantımın olmadığını beyan ederim.

 Tarih

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ARAŞTIRMA YÜRÜTÜCÜSÜ** | **Adı Soyadı** | **İmzası** |
|  |  |  |
| **ARAŞTIRMAYA KATILANLAR (Diğer)** |  |  |
| **1-** |  |  |
| **2-** |   |  |
| **3-** |  |  |
| **4-** |  |  |

**MALİ TAAHHÜTNAME**

KMÜ TIP FAKÜLTESİ YEREL BİLİMSEL TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI’NA

 **“**……………………………………………….**”** başlıklı çalışmada, rutin dışında yapılacak testlerin ve benzeri tüm giderlerin tarafımızdan karşılanacağını, sosyal güvenlik kuruluşlarının ve döner sermayelerinin finans kaynağı olarak **kullanılmayacağını** taahhüt ederiz.

 Tarih

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ARAŞTIRMA YÜRÜTÜCÜSÜ** | **Adı Soyadı** | **İmzası** |
|  |  |  |
| **ARAŞTIRMAYA KATILANLAR (Diğer)** |  |  |
| **1-** |  |  |
| **2-** |   |  |
| **3-** |  |  |
| **4-** |  |  |

**ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI KURUMDAN ONAY ALINACAĞINA DAİR**

**TAAHHÜTNAME**

KMÜ TIP FAKÜLTESİ YEREL BİLİMSEL TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI’NA

 **“**……………………………………………..**”** başlıklı çalışmada, araştırmanın yürütüleceği kurumdan gerekli araştırma iznini, en geç 6 ay içerisinde alarak, kurulunuza sunacağımızı taahhüt ederiz.

 Tarih

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ARAŞTIRMA YÜRÜTÜCÜSÜ** | **Adı Soyadı** | **İmzası** |
|  |  |  |
| **ARAŞTIRMAYA KATILANLAR (Diğer)** |  |  |
| **1-** |  |  |
| **2-** |   |  |
| **3-** |  |  |
| **4-** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.****KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ**TIP FAKÜLTESİ YEREL BİLİMSEL TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU FORMU |  |
|  **Tarih:**  |
| **1) ARAŞTIRMA BAŞLIĞI** |  |
| **2) İNGİLİZCE BAŞLIK** |  |
| **3) SORUMLU ARAŞTIRMACI** |
| Adı, Soyadı |  |
| Unvanı/Görevi |  |
| Çalıştığı Kurum/Bölüm/Anabilim Dalı  |  |
| Telefon ( ) | Telefon ( ) | Telefon ( ) |
| Haberleşmeadresi |  |
| E-posta |  | İmza |  |
| **4) DİĞER ARAŞTIRMACILAR** |
| Adı, Soyadı | Unvanı | Kurum Bölüm/Anabilim Dalı | Telefon | İmza |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **5) ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ (Çalışmanın niteliğine göre birden fazla kutucuk işaretlenebilir.)** |
|  | Anket çalışması |
|  | Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taraması v.b. gözlemsel çalışma |
|  | Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleri ile veya rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma |
|  | Hücre veya doku kültürü çalışması |
|  | Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma |
|  | Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırma |
|  | Antropometrik ölçümlere dayalı çalışma |
|  | Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırması |
|  | Diğer (Açıklayınız)........................................................................................................................... |
| **6)ARAŞTIRMANIN UYGULANACAĞI KURUM/KURULUŞ/MERKEZ** |  |
| **7) ARAŞTIRMANIN TANITIMI** |
| 1. **Çalışmanın amacı**
 |
|  |
| **b. Çalışma türü** | b1. Araştırma projesi | b2. Doktora tezi | b3. Yüksek lisans tezi | b4. Uzmanlık tezi |
| **c. Çalışmanın gerekçesi ve bu gerekçeyi açıklayan literatür bilgisi**  |
|  |
| **d. Uygulanacak yaklaşım ve yöntemler** |
| **d1. Öngörülen Çalışma Süresi/Takvimi** |
|  |
| **d2. Gereç ve Yöntem**  |
|  |
| **d3. Katılımcı Sayısı ve Niteliği** |
|  |
| **d4. Araştırmaya Alınma ya da Alınmama Kriterleri ile Araştırma Başladıktan Sonra Çıkarılma Kriterleri** |
|  |
| **d5. Veri Toplama Araçları (Ölçekler, Tanı Testleri, Parametreler )**  |
|  |
| **d6. Alınması Gerekli Önlemler (Katılımcıların Sağlığını Korumak İçin ve Çalışmada Beklenmeyen Durum Ortaya Çıktığında)** |
|  |
| **d7. İstatistiksel Analiz Yöntemleri** |
|  |
| **e. Kaynak Listesi (APA stiline uygun yazınız ve en az üç makaleyi çıktı formatında tam metin olarak ekleyiniz.)** |
|  |
| **8) ARAŞTIRMA BÜTÇESİ** | **Tahmini Bütçe:** |  |
|  | **Araştırmanın destekleyicisi var mı?** | Evet | Hayır |
|  | Cevabınız evet ise aşağıdaki uygun kutucuğu işaretleyiniz: |
|  |  BAP Koordinatörlüğü Araştırma Projesi |
|  |  BAP Koordinatörlüğü Yayın ve Atıf Teşviki |
|  |  TÜBİTAK  |
|  |  Diğer ise lütfen belirtiniz ve belgeleyiniz: Ulaşım ve anket giderleri tamamen yürütücü ve araştırmacı tarafından karşılanacaktır. |
|  |  |
| **(BU BÖLÜMÜ DOLDURMAYINIZ)** |
| KARAR TARİHİ: ……../……./201…KARAR NO: ………….. | **NOTLAR** |
| UYGUNDUR  |  |
| KOŞULLU UYGUNDUR  |  |
| DÜZELTİLEREK DEĞERLENDİRİLECEKTİR  |  |
| UYGUN DEĞİLDİR  |  |