|  |  |
| --- | --- |
| Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası: Etik Kurul Sekreterliğince Verilecek Numara |  |

**1) Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

|  |  |
| --- | --- |
| a-**Araştırmanın Adı:** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| b-**Araştırmanın İçeriği:** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| c-**Araştırmanın Nedeni:** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| d-**Araştırmanın Türü** | **Tez Çalışması ☐**  **Bilimsel Araştırma ☐**  **Diğer** Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| e-**Araştırmanın Öngörülen Süresi:** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| f-**Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü**  **Sayısı:** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |
| g-**Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler:** | Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. |

**2) Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:**

|  |
| --- |
| Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim.  **Adı Soyadı: Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun. İmza:** |

**3) Gönüllüler/Katılımcılar için araştırmadan Beklenen Yarar:**

|  |
| --- |
| **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |

**4) Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:**

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| Adı- Soyadı: | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| Telefon: | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |

**5) Zararların Karşılanması**

|  |
| --- |
| Bu çalışmaya katıldığım için zarar görecek olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** tarafından karşılanacağı bana bildirildi. |

**6) Araştırma Giderleri**

|  |
| --- |
| Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir |

**7) Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:**

|  |
| --- |
| * Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum. * Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi**.** * Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. * Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. |

**8) Gizlilik:**

|  |
| --- |
| Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde ………………….. (Firma Adı) firması ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır. |

**9) Çalışmaya Katılma Oranı:**

|  |
| --- |
| Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. |

**\*\*\*Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.**

**10) Gönüllünün / Katılımcının:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı- Soyadı :** | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| **Yaş :** | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| **Cinsiyet :** | **Bir öğe seçin.** |
| **İmzası :** |  |
| **Adresi :**  **(Varsa telefon ve/veya fax numarası) :** | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| **Tarih :** | **Tarih girmek için tıklayın veya dokunun.** |

**11) Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;**

**Veli ya da Vasinin**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı- Soyadı :** | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| Yaş : | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| Varsa Özel Velayet Belgesinin Türü : | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| Cinsiyet : | **Bir öğe seçin.** |
| İmzası : |  |
| Adresi :  (Varsa telefon ve/veya fax numarası): | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| Tarih : | **Tarih girmek için tıklayın veya dokunun.** |

**12) Açıklamaları Yapan Araştırmacının:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı- Soyadı :** | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| Görevi : | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| İmzası : |  |
| Adresi :  (varsa telefon ve/veya fax numarası): | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| Tarih : | **Tarih girmek için tıklayın veya dokunun.** |

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı- Soyadı :** | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| Görevi : | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| İmzası: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Adresi :  (Varsa telefon ve/veya fax numarası): | **Metin girmek için buraya tıklayın veya dokunun.** |
| Tarih : | **Tarih girmek için tıklayın veya dokunun.** |