|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Çalışmanın genel niteliği** | | □ Klinik Araştırma | |  |  |
|  | | □Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma | | | |
|  | | □ Bilimsel Araştırma ve Projeler | | | |
| **2. Çalışmanın adı** | |  | | | |
| **3. Öngörülen çalışma süresi** | |  | | | |
| **4. Çalışmanın yürütüleceği klinik/bölümün adı** | |  | | | |
| **5. Danışman (Öğretim Üyesi) unvanı/adı/soyadı (Belirlenmiş ise)** | |  | | | |
| **6. Sorumlu araştırmacı unvanı/adı/soyadı** | |  | | | |
| **7. Yardımcı araştırmacı unvanı/adı/soyadı** | |  | | | |
| **8- Çalışmaya katılan merkezler** | | **Çok merkez Tek merkez** | | | |
| (Çalışma çok merkezli ise ve belirlenmişse diğer merkezleri belirtiniz) | |  | | | |
| Yukarıda bilgileri bulunan araştırmanın sağlık tesisimizde/kliniğimizde yapılması;  a) Uygun görülmüştür (Etik Kurul Onayı Alındıktan Sonra)    b) Uygun görülmemiştir  *Nedenini yazınız.*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | |
|  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Tarih ONAY (İmza/Kaşe)**