### “İLAÇ DIŞI / *GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR*” DA

### YER ALACAK OLAN “GÖNÜLLÜLER” İÇİN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Fakültemizde, Dr………………………………………………………..’in sorumlu araştırmacısı olduğu, “……………………………………………………….” isimli bir araştırma yapılması planlanmaktadır.

Çalışmanın **amacı** …………………………….. dır.

Bu çalışmanın bilimsel olarak yürütülebilmesi için, araştırmaya katılan hasta kişiler dışında, çalışma konusunu oluşturan hastalığı olmayan sağlıklı kişilerin de (*veya/duruma göre diğer bireylerin de*) katılımına gereksinim vardır. Bu sayede, hasta kişilerin verileri, siz sağlıklı kişiler ile karşılaştırılabilecektir.

Bu çalışmaya, “**kontrol grubu**” olarak katılmayı kabul ederseniz, hastaneye gelme nedeniniz için yapılan rutin (alışılmış) işlemlerin dışında herhangi bir girişim yapılmayacaktır. Çalışma yalnızca, ……………. (*sizden alınacak olan kanda / yapılacak olan …. tetkikinde /…….. şeklinde gibi, yapılacak işlem burada açıklanmalıdır*) yürütülecektir

Çalışma doktorunuz sizden elde edilen sonuçları, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır ve gönüllülük esasına dayalıdır. Eğer katılmak istemez iseniz hastanedeki rutin tetkik ve tedaviniz devam edecektir. Eğer katılmaya karar verirseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir.

***(Katılımcının Beyanı)***

OÜTF …………………. Anabilim dalında, Dr. …………. tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu koşullarla “kontrol grubu” olarak çalışmaya katılmayı ve bana ait olan …...... nın kullanımına/……… işlemine izin veriyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

# Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih: