

Veri Kullanım Onam Formu

Versiyon No: 2.0

Merkez Adı: [REDACTED]

Versiyon Tarihi: [REDACTED]

Veri Kullanım Onam Formu

Çalışmanın Adı: [REDACTED]

Değerli İlgili,

Çocuğunuzu/yakınınızı farklı hastanelerde yapılacak olan beslenme durumlarının tespitine ilişkin gözlemsel çalışmaya katılmaya davet etmek istiyoruz. Çocuğunuz /yakınınız ile birlikte bu çalışmada birçok çocuğun da katılacağını umut ediyoruz.

Çalışmanın amacı, malnütrisyonu (beslenme bozukluğu) olan çocukları tanımlamaktır. Bu çalışmada; Pediatri/Çocuk klinik ve polikliniklerine başvuran çocuk hastaların çalışmada kullanılmak üzere hazırlanmış olan “Değerlendirilme Formu” nda bir kereye mahsus olarak istenilen bilgilerinin (**Kilo, Boy, BGA, YGA, YGB, BKİ, Triceps deri kıvrım kalınlığı ve OKÇ-z skoru ölçümlerinin**) toplanarak, malnütrisyon (beslenme bozukluğu) değerlendirmelerinin yapılması öngörülmektedir. Bu çalışma ile beslenme durumunun hasta için önemine ve bu konuda hekim duyarlılığının artırılmasına aynı zamanda kapsamlı klinik çalışma ihtiyacına dikkat çekilmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışma, [REDACTED]

[REDACTED] tarafından onaylanmıştır.

Çocuğunuzun/yakınınızın çalışmaya katılımı **gönüllülük esasına** dayanmaktadır ve çocuğunuzun/yakınınızın bu çalışmada yer alması tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Çocuğunuzun/yakınınızın bu çalışmaya katılımı ile ilgili olarak çocuğunuzun/yakınınızın tedavisinin devam etmekte olduğu kuruma herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Lütfen bu bilgilendirme metnini okuduktan ve çocuğunuzun/yakınınızın gönüllü olarak haklarını anladığınızdan emin olduktan sonra sorulara cevap veriniz. Çalışmadan elde edilecek sonuçlarla hastaların beslenme durumlarının tespiti konusunda hekim farkındalığının artırılması hedeflenmektedir.

Çocuğunuzun/yakınınızın bilgileri sadece istatistiksel analiz sırasında kullanılacaktır. Analiz sırasında çocuğunuzun/yakınınızın adı kullanılmayacaktır. Çocuğunuzun/yakınınızın verilerinin gizliliğine her zaman saygı duyulacaktır.

Çalışma makale haline getirilirken çocuğunuzun/yakınınızın kimlik bilgileri yer almayacaktır.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi ile iletişim kurabilirsiniz. Sorularınızı yanıtlamaktan memnuniyet duyacaktır.

Katılımcı Hekimin Adı: [REDACTED]

İletişim Bilgileri: [REDACTED]

Form iki nüsha düzenlenecek olup imzalı bir kopyası gönüllüye verilecektir.

Veri Kullanım Onam Formu 2 sayfadan oluşmuştur

Veri Kullanım Onam Formu

Versiyon No: 2.0

Versiyon Tarihi: [REDACTED]

Merkez Adı: [REDACTED]

İmza sayfaları – Veri Kullanım Onam Formu / İmzalar

Protokol Versiyon Numarası: 1.0

Protokol Versiyon Tarihi: [REDACTED]

Çalışmanın Adı: [REDACTED]

2 (iki) sayfalık bu belgeyi okudum / içeriği bana açıklandı. Bu gözlemsel çalışmanın amacını ve bu çalışmada çocuğuma/yakınıma ne olacağını anladım. Bu belgede bana açıklandığı haliyle çocuğumun/yakınının bu çalışmaya katılması için özgürce olurumu veriyorum. Çocuğumun/yakınının kimliğinin gizli tutulacağını anlıyorum.

Bana iki nüsha olarak düzenlenmiş olan bu olur formunun imzalanmış ve tarih atılmış bir kopyasının verileceği bildirildi.

Bu açıklamayı okudum ve çocuğumun/yakınının bu çalışmada yer almasını istiyorum.

Çocuğunu/Yakınını Tedavi Ettirmeye Getiren Kişi

Adı-soyadı

İmzası

Tarih:

.....

.....

...../...../.....

Veri Kullanım Onam Formunu Açıklayan ve Alan Araştırmacının

Adı-soyadı

İmzası

Tarih:

.....

.....

...../...../.....

Form iki nüsha düzenlenecek olup imzalı bir kopyası gönüllüye verilecektir.
Veri Kullanım Onam Formu 2 sayfadan oluşmuştur