**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

**ÇALIŞMANIN ADI:** (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır. Araştırmanıza uygun olarak örneği yeniden düzenleyiniz.)

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu’nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. / Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

**ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:**

**ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

**ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

**KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

**Günün 24 saatinde soru ve problemler için başvurulacak kişiler/GSM:**

**Gönüllünün Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Gönüllü Adı Soyadı:* |  | *Tarih ve İmza:* |
| *Telefon:* |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Veli ya da Vasi (var ise) Adı Soyadı:* |  | *Tarih ve İmza:* |
| *Telefon:* |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Araştırmacı2 Adı Soyadı:* |  | | *Tarih ve İmza:* |
| *Adres ve Telefon:* | |  | |

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

**TANI VE TEDAVİ AMAÇLI MATERYAL ALIMI ONAM FORMU**

(Gerekli ise)

Tanı ve tedavi amaçlı uygulanan işlemler sırasında, sizden elde edilecek bazı materyaller (patoloji materyalleri, radyoloji görüntüleri, genetik tanılar için alınan örnekler gibi) ve veriler daha sonra tedavinizin değerlendirilmesi için gerekebilecek uygulamalar ya da geriye dönük incelemeler için saklanmaktadır.

Tanı koymak ya da tedaviyi yönlendirmek amacıyla saklanacak olan bu veri ve materyallerin, **eğitim ve araştırma amacıyla da** kullanılmasına izin verip vermediğinizi lütfen belirtiniz. İzin vermeniz durumunda, kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacak ve araştırma için kullanılması durumunda ilgili kurullardan ayrıca izin alınacaktır. **İstediğiniz zaman bu izinden vazgeçme hakkına sahipsiniz.**

**a) İzin veriyorum b) İzin vermiyorum**

Gönüllü / Hastanın Adı Soyadı:

**Protokol (dosya) no:**

İmza:

Tarih:

Gönüllü / Hastanın adresi ve telefonu:

(Gerekli ise) Veli / Vasinin Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

Gönüllü / Hastanın adresi ve telefonu: