

## AR-GE DESTEK BAŞVURU FORMU

### BÖLÜM 1- TIBBİ ARAŞTIRMANIN NİTELENDİRMESİ

**1.1- Hasta Bilgileri ve Materyali üzerinde yapmayı planladığınız tıbbi araştırma aşağıdakilerden hangisidir (hangileridir)? Uygun olanı (olanları) işaretleyiniz.**

- Arşiv incelemesi ( ).
- Laboratuvar raporları incelemesi ( ).
- Radyolojik-görüntüleme filmleri üzerinde inceleme ( ).
- Hasta/sağlıklı insan materyali üzerinde inceleme ( ).
- Anket ( ).
- Diğer ( ). Açıklayınız:

**1.2- Hasta Bilgileri ve Materyali üzerinde yapmayı planladığınız tıbbi araştırma yapılış nedenlerine göre hangisidir?**

- A) Tez ( ) [Uzmanlık ( ) Doktora ( ) Yüksek Lisans ( )].
- B) Temel Araştırma ( ).
- C) Uygulamalı Araştırma ( ).
- D) GÜdümlü (Sözleşmeli) Araştırma ( ).

### BÖLÜM 2- GENEL BİLGİLER

**2.1-Tıbbi Araştırmanın Başlığı:**

**2.2-Araştırma Sorumluları (Adı ve Soyadı, Görevi) :**

**2.3-Tıbbi Araştırmanın Yürütüleceği Birim veya Alan :**

## BÖLÜM 3- TIBBİ ARAŞTIRMANIN AMACI, BİLİMSEL DAYANAĞI VE GEÇERLİĞİ

**3.1-Tıbbi Araştırmanın Amacı:** [Bu bölümde çalışmanın amacını açık olarak kısaca (50 kelimeyi geçmeyecek şekilde) belirtiniz].

**3.2-Tıbbi Araştırmanın Bilimsel Dayanağı Geçerliği:** [Bu bölümde çalışmanın neden yapılmak istendiği, araştırmanın insan (hasta ve sağlıklı) bilgileri ve materyali üzerinde yapılma gerekliliği, çalışmanın daha önce yapıp yapılmadığı, yapılmışsa bu çalışmadan toplanacak ek bilginin ne olduğu ve yeni çalışmanın öncekilerden farkı belirtilmelidir. Bu bilgiler 200 kelimeyi aşmayacak şekilde verilmelidir].

**3.3-Çalışma Protokolü, Yöntemler ve Uygulanacak İşlemler:** (Bu bölümde hasta bilgileri ve materyalinin nasıl toplanacağı, çalışma protokolü, uygulanacak işlemler, açık ve ayrıntılı şekilde belirtilmelidir).

## BÖLÜM 4- EKLER

### 4.1 -Bilgilendirilmiş Onam Formu

4.2 -Eğer çalışma anket veya test/ölçek içeriyor ise, uygulanacak anket veya test/ölçek formunu (kitapçığını) ekleyiniz.

Araştırmacı  
( Ad-Soyad, İmza,Telefon)

Sorumlu Araştırmacı  
( Ad-Soyad, İmza)

Tarih: / /

Bu bölümü boş bırakınız. İlgili Birimler tarafından doldurulacaktır.

İLGİLİ BİRİM	Psikoloji Hizmetleri Koordinatörü	Psikiyatri Hizmetleri Koordinatörü	Muhasebe Yöneticisi	Kalite Yöneticisi	İdari Direktör	Tıbbi Direktör
KARAR	Evet ( ) Hayır ( )	Evet ( ) Hayır ( )	Evet ( ) Hayır ( )	Evet ( ) Hayır ( )	Evet ( ) Hayır ( )	Evet ( ) Hayır ( )
İMZA						

### Olumsuz Görüş Notları

#### AÇIKLAMALAR

- 1.) Formdaki tüm soruları yanıtlayınız ve gereken yerleri doldurunuz.
- 2.) Formu iki nüsha olarak doldurup imzaladıktan sonra Tıbbi Direktörlük'e iletiniz.