**KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

 **KARABÜK**

……………………………………………………………………………………………….………………………………………”konulu araştırmamı kurumunuzda yapabilmem için gerekli iznin verilmesi hususunda;

 Gereğini arz ederim.

Adı Soyadı:

Tarih: İmza:

**EK 1. BİLİMSEL ARAŞTIRMA FORMU**

1. **ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.1** | **ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER**  |
| A.1.1 | Adı Soyadı: |
| A.1.2 | Kurum / Üniversite: |
| A.1.3 | Bölümü:  |
| A.1.4 | Telefonu: |
| A.1.5 | e-mail adresi:  |
| **A.2** | **ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER** |
| A.2.1 | Araştırmanın Konusu(Araştırmanın Açık Adı): |
| A.2.2 | Araştırmanın Statüsü(Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.)□YLTezi □DoktoraTezi □Bireysel Araştırma Projesi □Diğer ………….. |
| A.2.3 | Araştırmanın destekleyicisi var mı? □ Evet □ Hayır Evet ise, araştırma bütçesinin kaynağı aşağıdakilerden hangisi tarafından sağlandı?□Sağlık Bakanlığı□TÜBİTAK □Kalkınma Bakanlığı□İlaç Firması □Diğer (belirtiniz): |
| A.2.4 | Yapılacak araştırma prospektif ise kimyasal bir madde (ilaç v.b.) kullanılacak mı? □ Evet □ Hayır Evet ise lütfen açıklayınız:…………………………………………………………………………….  |
| A.2.5 | Yapılacak araştırmada hastane laboratuar hizmetleri kullanılacak mı? □ Evet □ Hayır Evet ise lütfen açıklayınız:…………………………………………………………………………….  |
| A.2.6 | Yapılacak araştırmada hastane görüntüleme hizmetlerikullanılacak mı? □ Evet □ Hayır Evet ise lütfen açıklayınız:…………………………………………………………………………….  |
| A.2.7 | Araştırma katılımcıların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorulariçeriyor mu? |  Evet |  Hayır |
| A.2.8 | Gönüllü katılımını olumsuz etkileyecek herhangi bir soru veya durum var mı? |  Evet |  Hayır |
| A.2.9 | Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul var mı? |  Evet |  Hayır |
| A.2.10 | Araştırma başvurusunun onaylandığı Eğitim Planlama Kurulu (EPK) kararı var mı? |  Evet |  Hayır |
| A.2.11 | Amaç/Kapsam: |
| A.2.12 | Gereç ve Yöntem:Araştırmanın Evreni/Örneklemi (yaş aralıkları ve cinsiyet belirlenmiş ise yazılacaktır.)Araştırmanın Yapılacağı Zaman Aralığı:Araştırmanın Kısıtlılıkları:Hipotez(ler): |
| A.2.13 | Zaman Takvimi: |
| A.2.14 | Bu araştırmada kullanılan materyal ve/veya elde edilen veriler kullanılarak bir başka araştırma planlanmakta mıdır? |  Evet |  Hayır |
| A.2.15 | Yanıtınız evet ise, lütfen yapılacak araştırmalar ile ilgili bilgi veriniz. |
| A.2.16 | Araştırmanın aşağıda belirtilen alanlarda varsa yararlarını yazınız.Bireysel:Kurumsal:Toplumsal:Bilimsel: |

**B.ARAŞTIRMADA YER ALAN DANIŞMANLAR**

(**Birden çok danışman olması durumunda bu bölümü yineleyiniz.)\***

\***Bu bölümde danışman Öğretim Üyesi ile ilgili bilgiler verilmelidir.**

|  |  |
| --- | --- |
| B.1 | Adı Soyadı: |
| B.2 | Unvanı: |
| B.3 | Uzmanlık Alanı: |
| B.4 | İş Adresi: |
| B.5 | E-posta adresi: |
| B.6 | Telefon Numarası:  |
| B.7 | Faks Numarası: |

1. **İLGİLİ BELGELER**

(Bu bölümde belirtilen belgeler sırası ile başvuru dosyasına eklenmelidir.)

|  |  |
| --- | --- |
| C.1 | Üniversite/Kurum Talep Yazısı |
| C.2 | VARSA ANKET FORMU\*\*Anketin geçerliliği/güvenilirliği ile ilgili olarak, anket hazırlanmasında yararlanılan kaynaklar belirtilmelidir. Ayrıca, her sayfasında sorumlu araştırmacının imzası olan bir örneği başvuru formuna eklenmelidir. Anket formunda araştırmaya katılanların kimliğini açığa çıkaran sorular olmamasına özen gösterilmelidir. |
| C.3 | Çalışma Yapılacak İller Listesi -  |
| C.4 | Çalışma Yapılacak Sağlık Tesisleri Listesi -  |
| C.5 | Çalışmada kullanılacak Gönüllü/Denek Sayısı: |
| C.6 | Çalışmada kullanılacak laboratuvar tetkikleri listesi ve sayısı: |
| C.7 | Çalışmada kullanılacak görüntüleme yöntemleri listesi ve sayısı: |

**D. BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI**

|  |  |
| --- | --- |
| D.1 | İşbu başvuru formu ile, kendim/ başvuru sahibi adına * Başvuruda sağlanan bilgilerin doğruluğunu,
* Araştırmanın ilgili mevzuata, Değerlendirme Formuna ve güncel Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini,
* Hastane kaynaklarının uygunsuz kullanımı halinde çalışma için verilen kurum izni Başhekimlik tarafından iptal edilecektir.
* Ortaya çıkan zarar çalışmanın sorumlularına rücu edilecek ve hakkında soruşturma açılacaktır.
* Araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasını Hastane Başhekimliğine sunacağımı taahhüt ederim.
 |
| D.2 | Başvuru Sahibi Adı-Soyadı: Tarih (gün/ay/yıl İmza:  |
| **E. KLİNİK /EĞİTİM VE İDARİ BİRİM SORUMLUSUNUN İMZASI** |
| E.1 | “.........................................................” konulu Araştırmanızı …………………. Kliniğimizde yapmanız tarafımızca uygundur.Klinik/Birim Eğitim Sorumlusu Klinik /Birim İdari Sorumlusu İmza İmza  |

**EK. 2 ARAŞTIRMA BÜTÇESİ HAKKINDA AÇIKLAMA FORMU**

**PROJENİN ADI:**

**GİDERLER**

 **Miktar**

 **A. Personel giderleri**

 a) Araştırıcılara ödenecek ücretler ……………….

 b) Yardımcı personele ödenecek ücretler ……………….

 **B. Araştırma kurumuna yapılacak ödemeler** ……………….

 **C. Gönüllülere yapılacak ödemeler**

 a) Doğrudan ödemeler ……………….

 b) Gönüllülerin masraflarının geri ödenmesi şeklindeki ödemeler ……………….

 (taşıt ücreti, bileti vb.)

 **D. Araştırma yerindeki hizmet alımları (Danışmanlık, testler,**

 bilgisayar işlemleri vb. için yapılan ödemeler) ……………….

 **E. Araştırma yeri dışından hizmet alımları** ( Araştırma yeri dışından

 danışmanlık, test, işlem, baskı, iletişim vb. ödemeler) ……………….

 **F. Alet, teçhizat, yazılım, yayın alım giderleri ……………….**

 **G. İlaç, kimyasal, kırtasiye vb. sarf malzeme alımları ……………………..**

 **H. Sigortalama giderleri (ve/veya tazminata karşı bloke para**)

 a) Gönüllüler için ……………….

 b) Varsa araştırıcılar için ……………….

 **I. Seyahat giderleri (bilimsel ve yönetsel toplantılara katılmak için) ……………….**

 **J. Şerefiye ve telif ücreti şeklindeki ödemeler ……………….**

 **K. Sözleşmeli araştırma kurumu varsa ona yapılacak ödemeler ……………….**

 **L. Diğer ödemeler (yönetim kurulu danışmanlık ücreti vb.)** ……………….

 GENEL TOPLAM ………………..

**GELİRLERİN KAYNAĞI**

 A. Destekleyici ……………….

 B. Araştırma Fonları (TÜBİTAK, Üniversite Araştırma Fonu, DPT, vb.) ……………….

 C. Kurum genel bütçesi ……………….

 D. Araştırıcının/araştırıcıların kendisi/kendileri …………………..

 E. Diğer kaynaklar (adını yazınız) ……………….

 GENEL TOPLAM …………………..

**Sorumlu Araştırıcı Varsa, Destekleyen Kuruluş Adına Tarih**

**EK.3 HİZMET ALIM PROTOKOLÜ ( Bu kısmı A 2.5 ya da A 2.6’ ya “Evet” diyen araştırmacılar dolduracaktır.)**

**Madde 1. Protokolün Tarafları**

Bu protokol, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile ……………………. arasında aşağıda yazılı şartlar dahilinde akdedilmiştir.

**Madde 2.Taraflara İlişkin Bilgiler**

 **2.1.**

Adı Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Adresi ŞirinevlerMahallesi,AlpaslanCad.No:1/KARABÜK

Telefon Numarası 0370 415 8000

Faks Numarası 0370 412 5628

 **2.2.**

 Adı …………………………..

 Adresi …………………………..

 Telefon Numarası

 Faks Numarası

**2.3.** Bu protokol Bakanlığımızın yayınladığı genelge ve diğer mevzuatlarda ile MaliyeBakanlığı’nca hazırlanan mevzuatlar ve bunlara bağlı Bakanlığımızın yayınlamış olduğu ikincil mevzuatlar doğrultusunda hazırlanmıştır.

**2.4.** Taraflaryazılı tebligatıdahasonrasüresi içindeyapılmakkaydıyla,kurye,faksveya elektronik posta gibi diğer yollarla da bildirimyapabilirler.

 **Madde 3. İşin Tanımı**

 İş bu sözleşmenin konusu **………………………………….** alınacak analiz hizmetlerini kapsar.

 **3.1.** Sözleşmeye Konu olan Çalışmanın Adı…………………………………………………. .…………………………………………………………………………………………………….

**3.2.**İş bu protokolün konusu, aşağıda belirtilen tahlil hizmetlerinin kamu satış tarifesi üzerinden yapılmasını kapsar.

1 –………………………...₺

2 – ………………………..₺

3 – ………………………. ₺

4 – ………………………..₺

5 – ………………………..₺

6 – ………………………..₺

7 – ………………………. ₺

8 – ……………………..... ₺

**3.3.** Listede olmayan ve etik kurul izninde yer alan tetkik ve tahliller yazılı olarak bildirilip onay alınması durumunda yapılır.

**Madde 4**. **Protokolün Süresi**

**4.1** İşbu protokolün süresi imza tarihi itibari ile çalışmanın yapılacağı dönemi kapsar.

**Madde 5. Faturalandırma ve Ödeme Şartları**

**5.1** Alınan hizmet kamu satış tarifesi üzerinden faturalandırma yapılacaktır. Bu tebliğlerde meydana gelen değişiklikler halinde yeni fiyatlar geçerli olmak kaydıyla ilgili mevzuat dahilinde hizmet veren sağlık tesisi tarafından faturalandırılır.

Faturalar aylık olarak düzenlenir ve hizmeti alan kişi tarafından gün içinde ödemesi yapılır.

**5.2.** Tarifelerinde fiyatı bulunmayan ve hizmet alım yolu ile üçüncü şahıslardan temin edilen hizmetlerin bedeli ihale bedelinin üzerine kanuni kesintiler ilave edilerek belirlenir ve fatura edilir.

**Madde 6. İşin Yürütülmesine İlişkin Kayıt ve Tutanaklar**

**6.1** Sevk Formları

 **Madde 7. Etik Kurallar**

**7.1.** Hizmeti alan, bilgi ve deneyimini İdarenin yararı için kullanmalı, İdareden sözleşme konusu hizmetler dışında hiçbir kazanç elde etmemelidir.

**7.2.** Hizmeti alan, söz konusu işe gereken özen ve ihtimamı göstermeyi, oluşabilecek kusurları sözleşme hükümlerine uygun olarak gidermeyi, söz konusu işe ilişkin bilgi güvenliğine ve gizliliğe riayet edeceğini kabul ve taahhüt eder.

**Madde 8. Cezai İşlemler**

Hizmeti alanın sözleşme hükümlerine aykırı davranması halinde, idarece yapılan ihtara rağmen aynı durumun devam etmesi halinde, ayrıca protesto çekmeye gerek kalmaksızın sözleşme feshedilecektir.

**Madde 9. Anlaşmazlıkların Çözümü**

**9.1.**Bu protokol ve eklerinin uygulanmasından doğabilecek her türlü anlaşmazlığın çözümünde Karabük Mahkemeleri ve icra daireleri yetkilidir.

**Madde 10. Yürürlük**

**10.1** Bu protokol taraflarca imzalandıktan sonra yürürlüğe girer.

**10.2.** Hastane idaresi istediği anda protokolü sonlandırabilir.

**Madde 11- Protokolün İmzalanması**

**11.1.** Bu protokol 11(On Bir) maddeden ibaret olup, taraflarca tam olarak okunup anlaşıldıktan sonra ………………… tarihinde 2 nüsha olarak imza altına alınmıştır.

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** | **İmza** |
| Klinik Eğitim/İdari Sorumlusu……………….. |  |
| İdari Mali Hizmetler Müdürü Kamil TEMEL |  |
| Başhekim Yrd. Büşra BİLDİK  |  |
| Başhekim Doç.Dr. Erkan DOĞAN |  |

**EK:4: İLGİLİ DİĞER BELGELER**

1. Gönüllü Olur Formu
2. Anket/Ölçek Formu
3. Sağlık Bakanlığı İzin Formu ( Sağlık Bakanlığından İzin Alınacak Çalışmalar İçin Geçerlidir)

**NOT:**

* Bu form doldurularak Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim/ARGE birimine müracaat edilecektir.
* Sadece başvuru yapılmış olması, yapılacak araştırmaya başlamak için yeterli değildir.
* Araştırmaya başlayabilmek için ilgili başvurunun Bilimsel Araştırma Uygunluk değerlendirme komisyonu ve Başhekimlik tarafından UYGUN GÖRÜLMESİ ve etik kuruldan izin alınması gerekmektedir.
* Çalışma birden fazla ilde yapılacak ise ilgili İl Sağlık Müdürlüklerine ayrı ayrı başvuru yapılması gerekmektedir.