**“………………………………………………………………………………………….…..”**

**KLİNİK VEYA DENEYSEL ÇALIŞMAYA KATILMAK İÇİN**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAYI FORMU**

***(Bu örnek form araştırıcılara fikir vermek için hazırlanmıştır. Gerekli olduğunda araştırma için uygun olmayan kısımlar çıkarılabilir veya eklemeler yapılabilir. Gönüllünün ve/veya velinin imzası her sayfada yer almalıdır.)***

Siz veya çocuğunuzun Selçuk Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi tarafından yürütülen bu çalışmaya katılmasını arzu ediyoruz. Aşağıda bu çalışma ile ilgili bazı bilgiler bulacaksınız. Bu bilgiler size veya çocuğunuza çalışmaya katılımda kolaylık sağlanması ve konunun öneminin açıkça anlaşılabilmesi için düzenlenmiştir. Bütün işlemler sadece deneysel amaçlar için yapılacak, tüm klinik muayene işlemleri ücretsiz olarak gerçekleştirilecek ve bulgular size iletilecektir.

Bu araştırmanın amacı…………………………………………………………………………’dır. Çalışmanın yürütücüsü……………………………’dir ve yardımcı yürütücüler …………………………., ……………………, ve …………………’dır. İlgili kişilere ……… ve ………. Numaralı telefonla ulaşabilirsiniz. Çalışmaya katılacak bireylerin çalışma kapsamında kalacağı süre ……………’dir. Bu araştırmada………………………………………………………...işlemleri uygulanacaktır. Araştırma süresince …………….bölgelerin seri, periapikal, panaromik ve sefalometrik radyografiler, klinik fotoğrafları alınacaktır. Ortalama ….ml (çay kaşığı) kan örneği …………………sıklıklarda alınacaktır. Örnekler………………....…….ilinde…………………………………………………Laboratuvarında değerlendirilecektir. Kullanılacak ………..ilacı ………….dozunda ve ………..sıklığında kullanılacaktır. Bu ilaçların Türkiye’de kullanım izni vardır. Tedavi …………seans sürecek ve her bir seans …………….saat/dakika alacaktır. Çalışmada uygulanacak anket formunun amacı…………………………….’dır ve ……………..sürede doldurulabilir. Bu çalışmanın olası yaraları…………………………………’dır. Tedavinin olası riskleri……………………’dır. Doğum ve ürem ile ilgili ……………….riskleri olabilir. Olası riskleri azaltmak için…………………………….tedbirleri alınacaktır, ………………………….hastanesinde tedavi olabileceksiniz ve gerektiğinde …………………kişiye ve ………………telefon ile ulaşabilirsiniz. Riskleri azaltmak için gerekli tedbirler……………………’dir. Hastalığınız için alternatif olarak ……………..,……………, ……………………………, ve ………………tedavileri

uygulanabilir. Bu çalışma ile mevcut eski bilgilere ………………………….yeni bilgileri eklenecektir. Araştırma kapsamındaki bireylerin özel hayatını korumak amacıyla kod, güvenlik numarası vb. yöntemler uygulanacaktır. Bütün kayıtların toplanma süresi en az beş yıldır. Değerlendirme yapılan bireylerin kendi isteği doğrultusunda çalışma kapsamı dışında kalabilme hakkı vardır. Böyle bir kara Dişhekimliği Fakültesinin tedavi hizmetlerinden yararlanmanızı etkilemeyecektir. Çalışmadan ayrıldığınız takdirde…………….riskleri oluşabilir. Özellikle………………………….., ………………gibi durumlarda araştırma kapsamı dışında kalabilirsiniz. Eğer çalışma dışında olunduğu takdirde tedaviler …………………………………………şeklinde sürdürülecektir.

Çalışmaya dahil olan bireylerin çalışma ile ilgili soruları en kısa sürede yanıtlanacaktır. Sorular doğrudan araştırma yürütücüsüne ve/veya yardımcı araştırıcılara sorulabilir. Bu konuda gerekirse 0 332 223 12 10 numaralı telefonu kullanabilirsiniz. Etik kurul e-mail adresi “sudhfetik@yahoogroups.com”’dur.

Yukarıdaki “ “ sayfadan oluşan metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Tedavinin başarılı olacağı veya tatminkar sonuç elde edileceği konusunda hiçbir garanti, teminat veya söz verilmedi. Bu koşullar altında “ ” isimli klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı soyadı, İmzası, Adresi ve telefonu:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı, Soyadı İmzası ve telefonu:

Açıklamaları yapan araştırıcının Adı, Soyadı ve imzası ve telefonu :

Rıza alma işleminde başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, Soyadı, İmzası ve Görevi: