|  |  |
| --- | --- |
| **1.1.** | **Araştırmanın adı:** |
| **1.2.** | **Tıpta Uzmanlık Eğitim Kuruluna yapılan başvuru** |  İlk başvuru: [ ] Düzeltme: [ ] |
| **1.3.** | **Araştırmanın yürütüleceği ana klinik / bölüm:** |
| **1.4.** | **Araştırmanın yürütüleceği diğer klinikler / bölümler:** |
| **1.5.** | **Araştırma çok merkezli ise çalışmanın yürütüleceği diğer birimler:** |
| **1.6.** | **Araştırmanın statüsü** *(Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı işaretleyiniz)* |
|  | Yüksek lisans tezi / projesi | [ ] |
|  | Doktora tezi / projesi | [ ] |
|  | Uzmanlık tezi / projesi | [ ] |
|  | Bireysel araştırma projesi | [ ] |
|  | Diğer ise, lütfen belirtiniz: |

**2. Araştırmanın Niteliği**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.1.** | **Gözlemsel çalışma** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.1.1.** | **Cevabınız evet ise çalışmanın türü:** |
|  | Tanımlayıcı: | [ ] |
|  | Kesitsel: | [ ] |
|  | Vaka-kontrol: | [ ] |
|  | Kohort: | [ ] |
| **2.2.** | **Anket çalışması** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.3.** | **Dosya kullanılarak yapılan arşiv taraması** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.4.** | **Ses ve görüntü (Radyolojik / dijital / analog) kayıtları kullanılarak yapılan arşiv taraması** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.5.** | **Kan, idrar ve doku gibi biyokimyasal, mikrobiyolojik ve patolojik materyaller ile yapılacak araştırma** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.6.** | **Rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyaller ile yapılacak araştırma** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.7.** | **Hücre veya doku kültürü ile yapılacak araştırma** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.8.** | **Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik genetik materyal ile yapılacak araştırma** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.9.** | **Hemşirelik etkinliklerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.10.** | **Vücut fizyolojisi ile ilgili araştırma** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.11.** | **Antropometrik ölçümlere dayalı olarak yapılacak araştırma** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.12.** | **Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi ile ilgili araştırma** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.13.** | **Metodolojik Yöntemsel** | Evet: [ ] | Hayır: [ ] |
| **2.14.** | **Diğer ise, lütfen belirtiniz:** |  |

**3. Araştırmanın Amacı** *(kısa,öz ve kaynakça ile ilişkilendirilerek yazılmalıdır, kaynakça ilk yazar soyadı ve tarih belirtilerek yazılmalı)****:***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**4. Materyal ve Metot** *(Lütfen ayrıntılı olarak yazınız)***:**

|  |  |
| --- | --- |
| **4.1.** | **Araştırmanın başlama tarihi:** |
| **4.2.** | **Araştırmanın öngörülen süresi (Ay olarak):**  |
| **4.3.** | **Araştırmanın yapılacağı yer (hastane, poliklinik, aile hekimliği merkezi,vb):** |
| **4.4.** | **Araştırmaya dahil edilmesi planlanan gönüllü/dosya/kayıt/materyal sayısı:** |
| **4.5.** | **Materyal ve metodu (veri toplama ve çalışma yöntemini) ayrıntılı yazınız :**  |
| **4.6.** | **Araştırmaya dahil edilecek gönüllü/dosya/kayıt/materyalin dahil edilme kriterleri:** |
| **4.7.** | **Araştırmaya dahil edilecek gönüllü/dosya/kayıt/materyalin dışlama kriterleri:** |
| **4.8.** | **Araştırmaya dahil edilmesi planlanan gönüllülerin cinsiyeti:** | Kadın: [ ] Erkek: [ ] |
| **4.9.** | **Araştırmanın katılımcılarının yaş aralığı:** |
| **4.10.** | **Araştırma kontrol grubu olan bir araştırma mı?** |
|  | **Yanıtınız evet ise, araştırmaya dahil edilecek kontrol grubunun seçilme kriterlerini yazınız:** |
| **4.11.** | **Araştırmanın ölçme-değerlendirme ve istatistiksel analiz yöntemleri:** |
| **4.12.** | **Kaynaklar** *(Lütfen alfabetik sıra ile yazınız)***:** |

**5. Araştırmacılar**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Sorumlu Araştırmacı**  |
|  | Adı-Soyadı: | **İmza** |
|  | Unvanı: |
|  | Çalıştığı Kurum: |
|  | Cep Telefonu: |
|  | Telefon-Faks: |
|  | İletişim Adresi: |
|  | e-posta: |
|  | **Yardımcı Araştırmacı** *(Yardımcı araştırmacı sayısınca çoğaltınız)***:** |
|  | **Katkısını Açıklayınız :** |
|  | Adı-Soyadı: | **İmza** |
|  | Unvanı: |
|  | Çalıştığı Kurum: |
|  | Cep Telefonu: |
|  | Telefon-Faks: |
|  | İletişim Adresi: |
|  | e-posta: |

**6. Klinik Eğitim Sorumlusu onayı**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Adı-Soyadı: |
|  | Uygun: [ ] | Uygun değil: [ ] | **İmza** |
|  | Uygun değilse açıklayınız:  |