

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÖN BİLGİ FORMU

İzmir Bozyaka EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığına,
Araştırma başvurusu dosyası kapsamında, aşağıda özellikleri belirtilmiş olan belgelerin tarafınızdan değerlendirilmesi/ onaylanması için gereğini bilgilerinize arz ederim.

İmza

Başvuru Sahibi Ad/Soyad

Sayı:

Tarih:

BAŞVURU SAHİBİNİN İLETİŞİM BİLGİLERİ		
Başvuru Sahibi Adı		
Kurumu / Organizasyonu		
İletişim Bilgileri	Adres	
	Tel	
	e-posta	

TANIMLAYICI BİLGİLER		
Sorumlu Araştırmacı (Unvan/ Ad)		
Kurumu/ Anabilim/ Bilim Dalı		
İletişim Bilgileri	Tel	
	E-Posta	
Yardımcı Araştırmacı (Unvan/ Ad)		
İletişim Bilgileri	Tel	
	E-Posta	

Araştırma (Protokol) Kodu	
Araştırma Adı	
Çalışma İlacının Adı/ Kodu	
Etken Maddenin Adı	
Araştırmanın Niteliği/ Fazı	
Araştırmanın Süresi	
ÇOK MERKEZLİ İSE	
Araştırma Alanı	<input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası
Merkez Sayısı	
Koordinatör Merkez Adı	
Koordinatör Araştırmacı	
Destekleyici Firma Adı (Varsa)	
Monitör Adı	

DEĞERLENDİRİLMESİ/ ONAYLANMASI İSTENEN BELGELERİN:			
Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
Araştırma Başvuru Formu			
Araştırma Protokolü			
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu			
Araştırmacı Broşürü			
Olgu Rapor Formu			

Ek Bilgiler	*Bu çalışmanın daha önceden yapılmadığını taahhüt ederim.
	*Çalışma etik kurul onayı ve diğer gerekli onaylar alındıktan sonra başlayacaktır.

BU BÖLÜM ARAŞTIRMA ETİK KURULU SEKRETERLİĞİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.			
DOSYA KABUL TARİHİ	GELEN EVRAK NO	ETİK KURUL TOPLANTI TARİHİ	KARAR NO.
..... / / / /	