****

**BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU KONTROL LİSTESİ**

 **Var Yok Eksik**

**Araştırmayla ilgili bilgiler:**

- Gönüllünün katıldığı çalışmanın bir araştırma olduğu □ □ □

- Araştırmanın amacı □ □ □

- Araştırmadaki tedaviler □ □ □

- Araştırma sırasında uygulanacak olan ve invasiv işlemleri de

 içeren yöntemler □ □ □

- Araştırmanın deneysel kısımları □ □ □

- Araştırma hakkında ek bilgi alınabilecek kişiler □ □ □

**Gönüllü ile ilgili bilgiler:**

- Gönüllünün sorumlulukları □ □ □

- Gönüllü için söz konusu olabilecek riskler ve rahatsızlıklar □ □ □

- Gönüllü için beklenen yararlar □ □ □

- Uygulanabilecek alternatif işlemlerin de bulunduğu, bunların olası

 yararları ve riskleri, ancak şimdilik uygulanmayacağı □ □ □

- Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bunun nasıl

 tazmin edileceği (Bakanlıktan izin alınması zorunlu

 araştırmalar için), tedavinin nasıl yapılacağı □ □ □

- Gönüllüler için araştırmada yer almaları nedeniyle, öngörülüyorsa,

 yapılacak ödeme ve/veya karşılanacak masraflar □ □ □

- Gönüllünün araştırmada yer almasının isteğine bağlı olduğu, herhangi

 bir aşamada araştırmadan ayrılabilme hakkına sahip olduğu □ □ □

- Gönüllü tıbbi ve kimlik bilgilerinin gizli olduğu □ □ □

- Araştırma sırasında gönüllüyü ilgilendirebilecek herhangi bir

 gelişme olduğunda, bunun gönüllüye veya yasal temsilcisine

 derhal bildirileceği □ □ □

- Araştırmaya bağlı bir zarar olduğunda başvurulacak kişiler □ □ □

- Gönüllünün isteği dışında araştırmacı tarafından araştırmadan

 çıkarılabileceği ve bu durumların neler olduğu □ □ □

- Gönüllünün araştırmada yer alması öngörülen süre □ □ □

- Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı □ □ □

**Çalışmaya katılma onayı:**

- Gönüllünün metni okuduğunu, kendisine yazılı ve sözlü açıklama

 yapıldığını, araştırmaya kendi isteği ile hiçbir baskı ve zorlama

 olmaksızın katıldığını gösteren beyan □ □ □

- Gönüllünün veya yasal temsilcisinin adı-soyadı, imzası, adresi □ □ □

- Açıklamaları yapan araştırıcının adı-soyadı, imzası, görevi, adresi □ □ □

- Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş

 görevlisinin/görüşme tanığının adı-soyadı, imzası, görevi, adresi □ □ □

Yürütücülüğünü yaptığım ………………………………………………………………………

………………………….……….……………………. başlıklı araştırmaya ait Bilgilendirilmiş Olur Formu’nu, yukarıda bulunan ve bir Bilgilendirilmiş Olur Formu’nda olması gerekli

asgari bilgiler doğrultusunda hazırladım

 **Araştırma Yürütücüsü İmza Tarih**