



T.C.  
MERSİN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-66442466-604.01.01-228005712  
Konu : Bilimsel Araştırma İzin Süreçleri Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlık Hizmetleri Birimi bünyesinde yer alan Bilimsel Araştırma İnceleme ve Değerlendirme Komisyonu tarafından Bilimsel Araştırma Başvuru Dosyaları incelenmektedir. Bilimsel araştırma izin başvuruları sürecinde, başvuru dosyasında istenilen formların tamamlandıktan sonra Kurumumuzdan izin istenmesini talep etmekteyiz. Bu bağlamda iş yükündeki yoğunluğun azaltılması için, bilimsel araştırma izin süreci iş akış şeması ve gerekli formları yazımız ekinde ve Müdürlüğümüzün web adresinde (<https://mersinism.saglik.gov.tr/TR-291691/bilimsel-arastirma-basvuru-formlari.html>) yayımlanmakta olup;

Bilgilerinize gereğini arz/rica ederim.

Uzm. Dr. Emrah CEVİZ  
İl Sağlık Müdürü

Ek:

- 1 - Bilimsel Araştırma İş Akış Şeması
- 2 - Formlar

Dağıtım:

Bilgi:

Mersin Üniversitesi Rektörlüğü  
Toros Üniversitesi Rektörlüğüne  
Tarsus Üniversitesi Rektörlüğüne  
Çağ Üniversitesi Rektörlüğüne  
Mersin İlçe Sağlık Müdürlükleri  
Mersin Devlet Hastaneleri

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge doğrulama kodu: 44FD6FD8-295C-4D3A-A801-A7CE1C4CFE26

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Cami Şerif Mah. Uray Cad. Ek Bina No:28 Kat:1 Akdeniz/MERSİN 33060  
Telefon No: 03242377272  
e-Posta: [mersin@saglik.gov.tr](mailto:mersin@saglik.gov.tr) İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>  
Kep Adresi: [mersinsaglik@hs01.kep.tr](mailto:mersinsaglik@hs01.kep.tr)

Bilgi için: Birgül ÜÇER YILMAZ  
Hemşire

Telefon No: (0324) 237 72 72 - 166



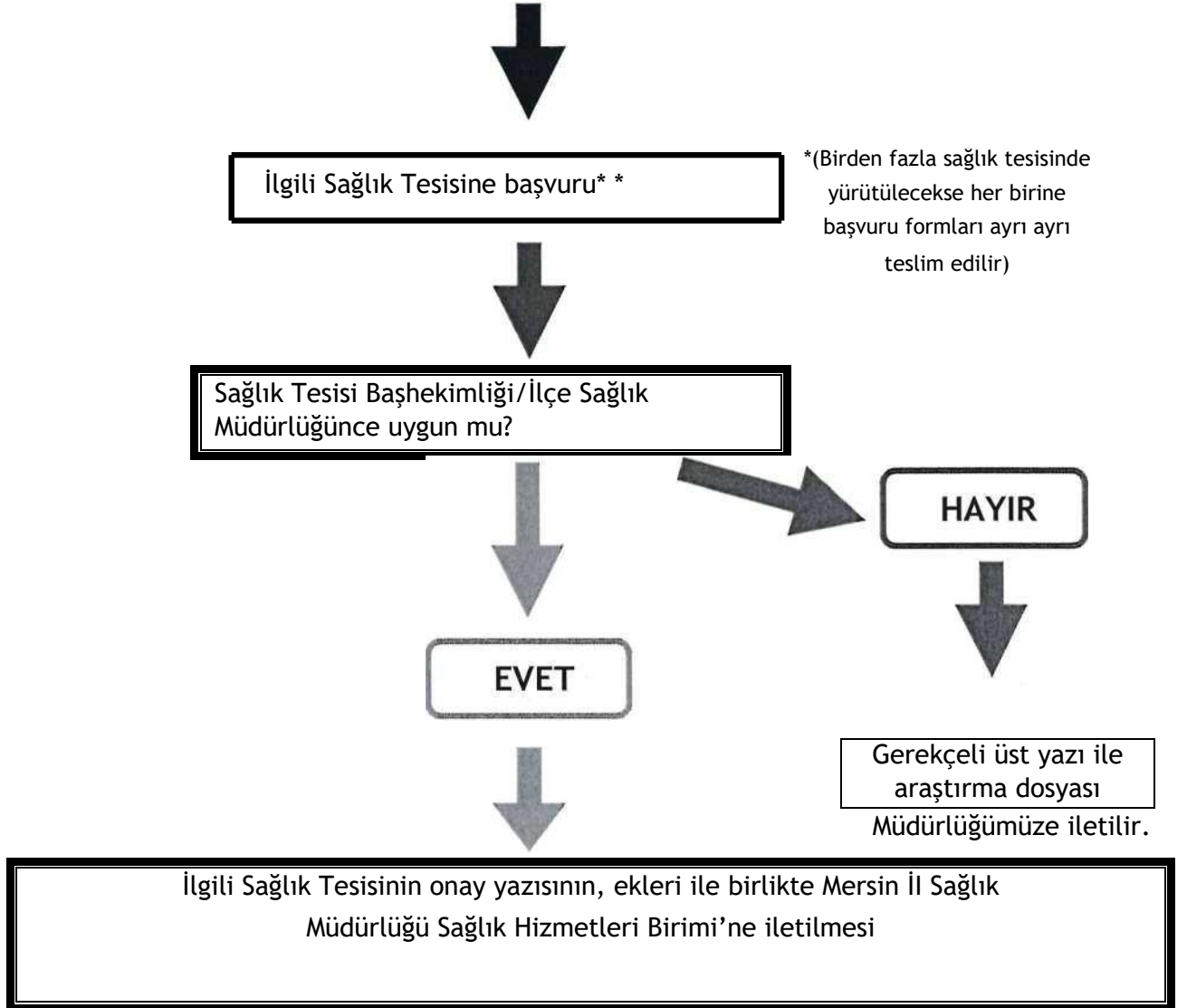


T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİN SÜRECİ İŞ AKIŞ ŞEMASI

Sağlık Tesislerimize başvuracak Kişi veya Kurumun;

- Başvuru dilekçesi
- Kişinin bağlı olduğu kurumdan izin talep yazısı,
- Etik Kurul Kararı,
- İlgili sağlık tesisinden alınacak Bilimsel Araştırma Çalışmaları Ön İzin Formu ve
- Belge Kontrol Formu,
- Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu,
- Var ise araştırmada kullanılacak doküman/anket örnekleri ve onam formu vs.,
- Çalışma ödenekli ise bütçe formu ve gerekli ise diğer Bakanlık izinlerini ekleyerek;



**BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU  
(ÖRNEK)**

**METİN**

**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

\* Bu örnek form araştırmacılara fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgiler verilerek hazırlanmıştır, gerektiğinde eklemeler yapılmalıdır. İstendiğinde Etik Kurul sekreterliğinden ya da Tıp Fakültesi web sayfasından temin edilerek ve üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmak suretiyle kullanılabilir (ör. bu paragraf, metindeki noktalı kısımlar ve parantezler çıkarılmalı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Gönüllünün beyan ve imzası, bilgilendirme metninin devamı şeklinde olmalıdır; **kesinlikle ayrı sayfalarda olmamalıdır**. Konuyla ilgili olarak T.Ü. Tıp Fakültesi Etik Kurul yönergesi okunmalıdır. Bilgilendirilmiş Olur Formu metni en az 11 punto ve 1,5 satır aralıklı olmalıdır.

## BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU KONTROL LİSTESİ

	Var	Yok	Eksik
<b>Araştırmayla ilgili bilgiler:</b>			
- Gönüllünün katıldığı çalışmanın bir araştırma olduğu	1	1	1
- Araştırmanın amacı	1	1	1
- Araştırmadaki tedaviler	1	1	1
- Araştırma sırasında uygulanacak olan ve invazif işlemleri de içeren yöntemler	1	1	1
- Araştırmanın deneysel kısımları	1	1	1
- Araştırma hakkında ek bilgi alınabilecek kişiler	1	1	1
<b>Gönüllü ile ilgili bilgiler:</b>			
- Gönüllünün sorumlulukları	1	1	1
- Gönüllü için söz konusu olabilecek riskler/verahatsızlıklar	1	1	1
- Gönüllü için beklenen yararlar	1	1	1
- Uygulanabilecek alternatif işlemlerin de bulunduğu, bunların olası yararları ve riskleri, ancak şimdilik uygulanmayacağı	1	1	1
- Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bunun nasıl tazmin edileceği (Bakanlık'tan izin alınması zorunlu araştırmalar için), tedavinin nasıl yapılacağı	1	1	1
- Gönüllüler için araştırmada yer almaları nedeniyle, öngörülüyorsa, yapılacak ödeme ve/veya karşılanacak masraflar	1	1	1
- Gönüllünün araştırmada yer almasının isteğine bağlı olduğu, herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilme hakkına sahip olduğu	1	1	1
- Gönüllü tıbbi ve kimlik bilgilerinin gizli olduğu	1	1	1
- Araştırma sırasında gönüllüyü ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bunun gönüllüye veya yasal temsilcisine derhal bildirileceği	1	1	1
- Araştırmaya bağlı bir zarar olduğunda başvurulacak kişiler	1	1	1
- Gönüllünün isteği dışında araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılabileceği ve bu durumların neler olduğu	1	1	1
- Gönüllünün araştırmada yer alması öngörülen süre	1	1	1
- Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı	1	1	1
<b>Çalışmaya katılma onayı:</b>			
- Gönüllünün metni okuduğunu, kendisine yazılı ve sözlü açıklama yapıldığını, araştırmaya kendi isteği ile hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katıldığını gösteren beyan	1	1	1
- Gönüllünün veya yasal temsilcisinin adı-soyadı, imzası, adresi	1	1	1
- Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası, görevi, adresi	1	1	1
- Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının adı-soyadı, imzası, görevi, adresi	1	1	1

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**



**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU**

**A. ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER**

<b>A.1</b>	<b>ARAŞTIRMACIYA AİT BİLGİLER</b>		
<b>A.1.1</b>	Adı Soyadı:		
<b>A.1.2</b>	Kurum / Üniversite:		
<b>A.1.3</b>	Bölümü:		
<b>A.1.4</b>	Telefonu:		
<b>A.1.5</b>	e-mail adresi:		
<b>A.2</b>	<b>ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER</b>		
<b>A.2.1</b>	Araştırmanın Konusu(Araştırmanın açık adı):		
<b>A.2.2</b>	Araştırmanın Statüsü (Aşağıdaki kutucuklardan uygun olanı/olanları işaretleyiniz.) <input type="checkbox"/> YL Tezi <input type="checkbox"/> Doktora Tezi <input type="checkbox"/> Bireysel Araştırma Projesi <input type="checkbox"/> Diğer .....		
<b>A.2.3</b>	Araştırmanın destekleyicisi var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Evet ise, araştırma bütçesinin kaynağı aşağıdakilerden hangisi tarafından sağlandı? <input type="checkbox"/> Sağlık Bakanlığı <input type="checkbox"/> TÜBİTAK <input type="checkbox"/> Kalkınma Bakanlığı <input type="checkbox"/> İlaç Firması <input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz):		
<b>A.2.4</b>	Yapılacak araştırma prospektif ise kimyasal bir madde (ilaç v.b.) kullanılacak mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Evet ise lütfen açıklayınız:.....		
<b>A.2.5</b>	Araştırma katılımcıların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit edici sorular içeriyor mu?	Evet	Hayır
<b>A.2.6</b>	Gönüllü katılımını olumsuz etkileyecek herhangi bir soru veya durum var mı?	Evet	Hayır
<b>A.2.7</b>	Araştırma başvurusunun onaylandığı etik kurul var mı?	Evet	Hayır



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

A.2.8	Araştırma başvurusunun onaylandığı Eğitim Planlama Kurulu (EPK) kararı var mı?	Evet	Hayır
A.2.9	<b>Amaç/Kapsam:</b>		
A.2.10	<b>Gereç ve Yöntem:</b>  <b>Araştırmanın Evreni/Örneklemi</b> (yaş aralıkları ve cinsiyet belirlenmiş ise yazılacaktır.):  <b>Araştırmanın Yapılacağı Zaman Aralığı:</b>  <b>Araştırmanın Kısıtlılıkları:</b>  <b>Hipotez(ler):</b>		
A.2.11	<b>Zaman Takvimi:</b> <i>Verilerin toplanması zaman aralığı:</i> <i>Analiz ve raporlama zaman aralığı:</i> <i>Araştırma bitiş tarihi:</i>		
A.2.12	Bu araştırmada kullanılan materyal ve/veya elde edilen veriler kullanılarak bir başka araştırma planlanmakta mıdır?	Evet	Hayır
A.2.13	Yanıtınız evet ise, lütfen yapılacak araştırmalar ile ilgili bilgi veriniz.		
A.2.14	<b>Araştırmanın aşağıda belirtilen alanlarda varsa yararlarını yazınız.</b>  Bireysel:  Kurumsal:		



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

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:

**C. İLGİLİ BELGELER**

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

C.1	<b>Üniversite/Kurum Talep Yazısı</b> (Sorumlu araştırmacının bağlı olduğu kurumdan İl Sağlık Müdürlüğümüze hitaben yazılmış araştırma izin talep yazısı)
C.2	<b>Etik Kurul Onay Belgesi</b> (Araştırma için ilgili Etik Kuruldan alınmış onay belgesinin aslı veya aslı gibidir onaylı sureti)
C.3	<b>Varsa Anket/Ölçek ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu</b> (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. Araştırmaya katılacak gönüllülere yönelik aydınlatılmış onam formu örneği de bulunmalıdır.)
C.4	<b>Çalışma Yapılacak İl(ler) Listesi-</b>
C.5	<b>Çalışma Yapılacak Sağlık Tesis(leri) Listesi -</b>





T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI BAŞVURU FORMU

C.6	<b>Araştırmanın yapılacağı sağlık tesisi/tesislerinden alınan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Ön İzin Formu</b> (Form, her sağlık tesisinin kendine özgü kalite belgeleri sistemine eklenmiş olduğundan, sağlık tesisine başvuru esnasında ilgili birimden temin edilerek 2 (iki) sayfayı geçmeyecek şekilde doldurulacak ve sağlık tesisine teslim edilecektir.)
C.7	<b>Araştırmanın yapılacağı sağlık tesisi/tesislerinden alınan Bilimsel Araştırma Belgeleri Kontrol Formu</b> (Form, her sağlık tesisinin kendine özgü kalite belgeleri sistemine eklenmiş olduğundan, sağlık tesisine başvuru esnasında ilgili birimden temin edilerek sağlık tesisinde görevli ilgili personel veya başvuruda bulunan araştırmacı tarafından doldurulacaktır.)

D. BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI

D.1	İşbu başvuru formu ile, kendim/ başvuru sahibi adına <ul style="list-style-type: none"><li>Başvuruda sağlanan bilgilerin doğruluğunu,</li><li>Araştırmanın ilgili mevzuata, doldurduğum Başvuru Formuna ve güncel Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini,</li><li>Araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasını Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'ne sunacağımı taahhüt ederim.</li></ul>
D.2	<b>Başvuru Sahibi Adı-Soyadı</b> (El yazısı ile) :  <b>Tarih</b> (gün/ay/yıl olarak):  <b>İmza:</b>

NOT:

- Bu form doldurularak Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'ne müracaat edilecektir.
- Sadece başvuru yapılmış olması, yapılacak araştırmaya başlamak için yeterli değildir.
- Araştırmaya başlayabilmek için ilgili başvurunun Müdürlüğümüz tarafından UYGUN GÖRÜLMESİ gerekmektedir.
- Çalışma birden fazla ilde yapılacak ise ilgili İl Sağlık Müdürlüklerine ayrı ayrı başvuru yapılması gerekmektedir.
- Form elektronik ortamda doldurulmalıdır.



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

..... HASTANESİ/ADSM  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI ÖN İZİN FORMU

..... HASTANESİ / ADSM BAŞHEKİMLİĞİNE,

Aşağıda bilgileribulunanaraştırmaçalışmasını kurumunuzdayürütmemeiçingerekliolanöniznin verilmesi içingereğini arz ederim.

Tarih :  
Ad-Soyad :  
İmza

<b>Araştırmanın:</b> Türü:	Tezsiz Yüksek Lisans Projesi Lisans Bitirme Projesi Yüksek Lisans Tezi Diğer .....	Doktora Tezi Uzmanlık Tezi Bireysel Araştırma Projesi
Adı:		
Amacı:		
Yöntemi (Varsa kullanılacak Anket ve Ölçek B elirtilmelidir):		
Uygulanacağı yerler:		
Başlangıç ve Bitiş Tarihi:	Başlangıç:	
	Bitiş:	
<b>Etik Kurul Kararı:</b>	<input type="checkbox"/> VAR	<input type="checkbox"/> YOK
<b>Tez çalışması ise Danışman Öğr. Üyesi Adı-Soyadı:</b>		
<b>Varsa hibe/fon sağlayan Kurum/Kuruluş adı:</b>		

İlgili Birim Sorumlusu  
Ad-Soyadı İmza

BAŞHEKİM

İmza  
...../...../20...



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİN TAAHHÜTNAMESİ**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİN TAAHHÜTNAMESİ**

Müdürlüğünüze bağlı kurum ve kuruluşlarda Retrospektif Çalışmamı yürütmek için başvurmuş bulunmaktayım.

Kurumunuzda yürüttüğüm çalışma esnasında; kurumun kurallarına uyacağımı, kullanacağım verileri 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) nun 28. Maddesinin (b) bendine göre işleyeceğimi ve kişileri net belirleyen isim gibi bilgileri kullanmayacağımı, kapsam dışı hiçbir veri toplamayacağımı, veri toplarken kurumun rızasını alacağımı, kurumun istemesi halinde etik kurul izni alacağımı, kurumun izin verdiği süre içinde araştırmamı yürüteceğimi, araştırmamın uzaması halinde kurumdan kendi kurumum kanalıyla izin alacağımı, Müdürlüğün ve Hastanenin uygun bulmadığı verileri yayınlamayacağımı, araştırmamın bitiminin ardından çalışmamı hiçbir yerde paylaşmadan bir nüshasını Müdürlüğe vereceğimi taahhüt ederim.

Başvuruda Bulunan Kişinin:

TC Kimlik No:

Adı Soyadı :

Adres :

İletişim :

İmza :

Başvuruda Bulunan Kişinin:

TC Kimlik No:

Adı Soyadı :

Adres :

İletişim :



**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİN TAAHHÜTNAMESİ**

İmza :