



**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU KONTROL LİSTESİ**

	Var	Yok	Eksik
Araştırmayla ilgili bilgiler:			
-Gönüllünün katıldığı çalışmanın bir araştırma olduğu	X	☐	☐
-Araştırmanın amacı	X	☐	☐
-Araştırmadaki tedaviler	☐	X	☐
-Araştırma sırasında uygulanacak olan ve invaziv işlemleri de içeren yöntemler	☐	X	☐
-Araştırmanın deneysel kısımları	☐	X	☐
-Araştırma hakkında ek bilgi alınabilecek kişiler	X	☐	☐
Gönüllü ile ilgili bilgiler:			
-Gönüllünün sorumlulukları	☐	X	☐
-Gönüllü için söz konusu olabilecek riskler ve rahatsızlıklar	☐	X	☐
-Gönüllü için beklenen yararlar	X	☐	☐
-Uygulanabilecek alternatif işlemlerin de bulunduğu, bunların olası yararları ve riskleri, ancak şimdilik uygulanmayacağı	☐	X	☐
-Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bunun nasıl tazmin edileceği (Bakanlık'tan izin alınması zorunlu araştırmalar için), tedavinin nasıl yapılacağı	☐	X	☐
-Gönüllüler için araştırmada yer almaları nedeniyle, öngörülüyorsa, yapılacak ödeme ve/veya karşılanacak masraflar	☐	X	☐
-Gönüllünün araştırmada yer almasının isteğine bağlı olduğu, herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilme hakkına sahip olduğu	X	☐	☐
Gönüllü tıbbi ve kimlik bilgilerinin gizli olduğu	X	☐	☐
-Araştırma sırasında gönüllüyü ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bunun gönüllüye veya yasal temsilcisine derhal bildirileceği	X	☐	☐
-Araştırmaya bağlı bir zarar olduğunda başvurulacak kişiler	X	☐	☐
-Gönüllünün isteği dışında araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılabileceği ve bu durumların neler olduğu	X	☐	☐
-Gönüllünün araştırmada yer alması öngörülen süre	X	☐	☐
-Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı	X	☐	☐
Çalışmaya katılma onayı:			
-Gönüllünün metni okuduğunu, kendisine yazılı ve sözlü açıklama yapıldığını, araştırmaya kendi isteği ile hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katıldığını gösteren beyan	X	☐	☐
-Gönüllünün veya yasal temsilcisinin adı-soyadı, imzası, adresi	X	☐	☐
-Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası, görevi, adresi	X	☐	☐
-Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının adı-soyadı, imzası, görevi, adresi	X	☐	☐
Yürütücülüğünü yaptığım ‘Karbon Monoksit Zehirlenmelerinde Karboksihemogloblin Düzeylerinin COVID-19 ile Klinik İlişkisi’ başlıklı araştırmaya ait Bilgilendirilmiş Olur Formu ’nu, yukarıda bulunan, bir bilgilendirilmiş olur formunda olması gerekli asgari bilgiler doğrultusunda hazırladım.			
Araştırma Yürütücüsü	İmza		Tarih
Abuzer COŞKUN, Assoc. Prof.			22.04.2022