

AYDINLATILMIŞ ONAM VE GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

(Hekimin Açıklaması)

Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi almakta olan ya da bu nedenle böbrek transplantasyonu (nakil) geçirmiş olan bireylerle ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Renal Replasman Tedavisi Alan Hastaların Koronavirüs Döneminde Psikolojik Açidan Değerlendirilmesi” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, hemodiyaliz hastalarının ve böbrek nali gerçiren hastaların koronavirüs salgını sürecinde psikososyal açıdan nasıl etkilendiklerini ve ruhsal sağlık durumlarını formlarla değerlendirmektir. Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H Genel Cerrahi, Nefroloji ve Psikiyatri Kliniklerinin ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Doç.Dr.Ebru Gök Oğuz veya onun görevlendireceği bir hekim tarafından bilgilendirileceksiniz ve bazı laboratuvar bulgularınız kaydedilecektir. Görüşme sonucunda doktorunuz uygun görürse bu çalışmaya alınacaksınız. Bu çalışmayı yapabilmek için sizden herhangi bir kan numunesi almamız gerekmemektedir. Sadece bazı psikolojik değerlendirme formlarını doldurmanız istenecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Doç.Dr.Ebru Gök Oğuz tarafından Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H. Nefroloji Kliniği'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması beklenmemektedir. Araştırma sırasında bir sorum olması halinde herhangi bir saatte, Doç.Dr.Ebru Gök Oğuz'u 0312-5962000 (iş) telefonlarından ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H Genel Cerrahi Kliniği adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı: [Redacted]

Adres: [Redacted]

Tel. [Redacted]

İmza [Redacted]

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı: Ayşe Gökçe Gündoğmuş

Adres: Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Hastanesi - Cerrahi Kliniği

Tel. 532 7405033

İmza [Redacted]