Koç Üniversitesi Kişisel Sağlık Bilgilerini Araştırma Amacıyla Kullanma İzni

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Araştırmanın Adı (eğer araştırma adı hastanın gizlilik haklarını ihlal edecekse Etik Kurul Onay Numarası):** **Sorumlu Araştırmacının Adı SOYADI:** **Sorumlu Araştırmacının telefon ve e-posta adresi:** **Destekçi/Fon Veren Kuruluş (eğer fon verilmişse):****A.** **Bu formun amacı nedir?**Ülkemiz yasaları ve Koç Üniversitesi politikaları sağlık bilgilerinizin kullanılmasını ve açıklanmasını koruma altına almıştır. Bu nedenle, **Koç Üniversitesi/Koç Üniversitesi Hatanesi** ve doktorunuz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sizden izin almadıkça sağlık bilgilerinizi araştırma ekibine veremez. Araştırma ekibi öncelikle araştırmacılardan ve **Koç Üniversitesi/Koç Üniversitesi Hastanesi** ya da proje destekçisi tarafından araştırmaya katılmak üzere görevlendirilmiş kişilerden oluşur. Eğer bu izni vermeye ve projeye katılmaya karar verirseniz hem bu formu hem de Bilgilendirilmiş Gönüllü Olam Formu’nu imzalamanız gerekir. Bu formda araştırmacının, araştırma ekibinin ve araştırma destekçisinin sağlık bilgilerinizi araştırma projesi kapsamında nasıl kullanabilecekleri açıklanmıştır.**B. Hangi Kişisel Sağlık Bilgileri toplanacak/paylaşılacak?**İzin vermek üzere bu formu imzalarsanız, **Koç Üniversitesi/Koç Üniversitesi Hastanesi** Kişisel Sağlık Bilgilerinizi içeren aşağıdaki tıbbi kayıtları toplama/paylaşma hakkını kazanmış olur. Kişisel Sağlık Bilgileriniz tıbbi kayıtlarınızdaki sağlık bilgilerini ve kimliğinizi açıklayabilecek kişisel bilgileri içerebilir. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞎Aşağıda belirtilen hastalık, durum ya da tarih aralığındaki kişisel sağlık bilgileri:  |  |
|  |  |
| 🞎Tüm kişisel sağlık bilgileri |
| 🞎Diğer: |  |
| **C. Kişisel Sağlık Bilgilerim nasıl kullanılacak?**Kişisel Sağlık Bilgileriniz aşağıda belirtilen kişilerle şu amaçlarla paylaşılabilir:1. İlişikteki Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’nda açıklanan araştırma projesinde kullanılmak üzere araştırma ekibine;
2. Yönetmelikler gereğince araştırmayı inceleyecek olan diğer Koç Üniversitesi mensuplarına;
3. Yasalar ve yönetmelikler gereğince araştırmanın kalitesini ve güvenilirliğini denetleyecek olan diğer kişi ve kuruluşlara: Sağlık Bakanlığı gibi devlet kurumları, araştırmanın destekçisi ya da destekçinin temsilcileri gibi. Bu kuruluşlar ve bunların temsilcileri sizin Kişisel Sağlık Bilgilerinizi görebilirler. Ama izin almadıkça ya da yasalar gerektirmedikçe bu bilgileri kopyalayamaz ve tıbbi kayıtlarınızdan alamazlar.

**D. Bu formu imzalamaya mecbur muyum?****Hayır.** Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı reddederseniz herhangi bir ceza almazsınız. Hakkınız olan tıbbi tedavinizde herhangi bir aksaklık ya da hak kaybı yaşamazsınız. |
| **E. Verdiğim izin belirli bir süreyle sınırlı mıdır?****Evet.** Araştırma sona erdiğinde, Kişisel Sağlık Bilgilerinizin açıklanması için verdiğiniz iznin süresi dolar ve araştırma için gereken tüm izleme çalışmaları biter. Ancak araştırma verileri sonsuza kadar kullanılabilir. |
| **F. Verdiğim iznimi iptal edebilir miyim?****Evet.** İzninizi istediğiniz zaman iptal edebilirsiniz. Bunun iki yolu vardır: Sorumlu Araştırmacıya bir dilekçe yazabilir ya da araştırma ekibinin herhangi bir üyesinden\* izninizi iptal etmek için bir form vermesini isteyebilirsiniz. İzninizi iptal ettiğinizde araştırma projesinden çekilmeniz gerekir. İzninizi iptal ederseniz, sizin hakkınızda o zamana kadar derlenmiş ve açıklanmış olan bilgilerin kullanılmasına devam edilebilir. Ayrıca, gerekli gördüğünde, araştırmanın destekçisi ve devlet kurumları araştırmanın kalitesini ya da güvenilirliğini denetlemek için daha sonra da tıbbi kayıtlarınıza bakabilirler.**G. Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?** Çalışma ile ilgili bir sorununuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda sorumlu araştırmacı dışında aşağıdaki kişilerden biri ile iletişime geçebilirsiniz.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı SOYADI** | **Kurumu** | **Telefon** | **E-posta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**İMZALAR\*\*****Kişisel Sağlık Bilgilerinizin kullanılmasını ve açıklanmasını kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınızı ve soyadınızı yazın ve imzalayın. Size bu formun imzalı bir kopyası verilecektir.** |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| Hastanın Adı SOYADI (*gerekli)* |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Hastanın İmzası | Tarih |

**Ebeveyn veya Yasal Olarak Yetkili Temsilci (Etik Kurul onayladığında)**

Yukarıda adı anılan hastanın Kişisel Sağlık Bilgilerinin kullanılmasını ve açıklanmasını kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki bölüme adınızı yazın ve imzalayın.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Ebeveynin veya Yasal Olarak Yetkili Temsilcinin Adı SOYADI | Akrabalık Bağı  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Ebeveynin veya Yasal Olarak Yetkili Temsilcinin İmzası  | Tarih |

**Tanık**

Hasta kendisi okuyamayacağı için bu form bir başkası tarafından hastaya okunduysa, hastanın izni alınırken bir tanık da hazır bulunmalı ve bu bölüme adını yazıp imzalamalıdır:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| Tanığın Adı SOYADI |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Tanığın İmzası  | Tarih |

\*\*Lütfen formdaki bilgileri dikkatlice okuduğunuzdan ve sorularınıza açık yanıtlar aldığınızdan emin olmadan bu formu imzalamayın.