**SAĞLIKLI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİ İÇİN**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Araştırma Projesinin Adı:

Sorumlu Araştırıcının Adı:

Diğer Araştırıcıların Adı:

Destekleyici (varsa):

**Değerli anne ve babalar;**

Benim adım Dr……………….………………… Sizin gibi 0-18 yaş arasında çocuğu olan ve ……….…………hastalığı olan çocuklarda bir araştırma yapıyoruz. Bu klinik araştırmayı yapma amacımız, …….……..isimli hastalığın *teşhisinin konulmasında yeni bir yöntem geliştirmek/ etkili bir tedavisini bulabilmek/ vb……*….. ve bu hastalığa sahip olan çocukların daha az zarar görmesini sağlayarak hastanede izlenmesini sağlamaktır.

Bu araştırmayı sürdürebilmek ve sonuçları doğru değerlendirilebilmek için aynı yaş gruplarında sağlıklı çocuklar ile karşılaştırılmalarına gereksinim vardır.

Araştırmaya ben, Dr…………… ve başka doktor arkadaşlarım katılacaklardır. Eğer sizin çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmasını isterseniz çocuğunuzdan istenen tek şey ……………………… *(Bu bölümde ne yapılacağı kısaca ve hasta yakınlarının anlayabileceği bir dilde açıklanmalıdır)*

Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz ancak sizin çocuğunuzun adını ve tahlil sonuçlarını kimseye açıklamayacağız.

Eğer çocuğunuzun bu çalışmaya dahil edilmesine izin verirseniz …………………………. isimli hastalığa sahip olan akranlarının daha güvenilir ve başarılı bir şekilde tanı almasına ve tedavi edilmesine katkı sağlamış olacaksınız.

Bu araştırma hakkında çocuğunuza da bilgi vereceğiz ve ondan da bu çalışmaya katılması için izin alacağız. Aklınıza şimdi gelen veya daha sonra gelecek soruları hiç çekinmeden bana ve calışma arkadaşlarıma sorabilirsiniz. Telefon numaram ve adresim aşağıda bulunmaktadır. Eger bu klinik calışmaya katılmak istememe durumunda, bu klinikteki hastane işlemlerinizde herhangi bir aksama olmayacaktır.

Çocuğunuzun bu araştırmaya katılmasını kabul ediyorsanız lütfen aşağıya adını ve soyadını yazarak imzanızı atınız. Daha sonra bu formun bir kopyası size verilecektir.

Çocuğun adı- soyadı:

Tarih:

Çocuğun imzası:

Velisinin adı- soyadı:

Tarih:

Velisinin imzası:

Şahit adı- soyadı:

Tarih:

Şahidin imzası:

Araştırıcının adı-soyadı, ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza: