

AYDINLATILMIŐ ONAM FORMU
ÇOCUK RIZA FORMU

Sevgili KardeŐim,

Benim adım Dr. Deniz Doğru Ersöz. Kistik fibrozis (KF) hastalığı olan hastalarla ilgili bir çalıŐma yapıyoruz. Bu çalıŐmada, KF hastalarının sağlıkla ilgili özelliklerini içeren bir kayıt sistemine (Ulusal KF Hasta Kayıt Sistemi) senin hastalığın ile ilgili tıbbi bilgilerini kaydedeceğiz ve daha sonra senin bu bilgilerini Avrupa'daki KF hastalarının tıbbi bilgilerinin toplandığı "Avrupa KF Hasta Kayıt sistemine" göndereceğiz. Bu çalıŐma sayesinde, Türkiye'deki ve Avrupa'daki tüm KF hastalarının sağlık durumları ve tedavileri hakkında bilgi sahibi olacağız ve böylece sizlere daha iyi bakım vermeye çalıŐacađız. Bu çalıŐmaya katılmanı öneriyoruz.

AraŐtırmayı ben, Dr. Deniz Doğru Ersöz ve baŐka bazı doktorlar birlikte yapıyoruz. Bu araŐtırmaya katılacak olursan seninle ilgili bilgileri yukarıdaki her iki kayıt sistemine işleyeceğiz, fakat senin adını gizli tutacağız.

Bu çalıŐmanın sonuçları senin gibi KF hastalığı olan çocuklar için yararlı bilgiler sağlayacaktır. Bu çalıŐmanın sonuçlarını Türkiye, Avrupa ve diğer ülkelerdeki baŐka doktorlara da söyleyeceğiz, sonuçları bildireceğiz ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu çalıŐmaya katılıp katılmamak için karar vermeden önce anne ve baban ile konuŐup onlara danıŐmalısın. Onlara da bu araŐtırmadan bahsedip onaylarını/izinlerini alacağız. Anne ve baban tamam deseler bile sen kabul etmeyebilirsin. Bu araŐtırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile sonradan vazgeçebilirsin, bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da doktorlar muayene ve diğer işlemlerde sana önceden olduğu gibi iyi davranır, önceye göre farklılık olmaz.

Aklına Őimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları istediğin zaman bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kağıtta yazıyor. Bu araŐtırmaya katılmayı kabul ediyorsan aŐađıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

KATILIMCI (ÇOCUK)				
Adı Soyadı	Adres	GSM	İmza	İmza tarihi
		05/../....

VELİ/VASİ				
Adı Soyadı	Adres	GSM	İmza	İmza tarihi
		05/../....

HEKİM				
Adı Soyadı	Adres	GSM	İmza	İmza tarihi
		05/../....

Görüşme Tarihi: .. / .. /

Saat: .. : ..