



Ek A: İzin formu

Patent ductus arteriozlu erken doğan çocukların erken tedaviye karşı beklenti yönetiminin karşılaştırıldığı çok merkezli, tesadüfi örneklemeli eşit etkinlik çalışması.

Çocuğun adı \_\_\_\_\_

Doğum tarihi \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
gün ay yıl

- Araştırma hakkında memnun edecek kadar bilgilendirildim. Yukarıda zikredilen araştırmaya dair hasta bilgilendirmelerini iyi okudum ve anladım. Araştırma hakkında sorular sormama imkan da verildi. Sorular memnun edecek kadar cevaplandırıldı. Çocuğumun katılıp katılmamasına karar verebilmek için bana yeterince zaman verildi.
- Katılımın tamamen gönüllülük esaslı olduğunu biliyorum. Çocuğumun katılımını herhangi bir anda durdurabileceğimi de biliyorum. Bunun için bir gerekçe belirtmem gerekmiyor ve bu benim çocuğumun tedavisini yürüten ekiple benim ilişkim üzerinde bir etkisi de olmayacak.
- Belirli şahısların çocuğumun ve annesinin bilgilerini görebileceğini biliyorum. Bu kişiler bilgilendirme yazısında mevcut.
- Çocuğumun ve annesinin bilgilerinin bilgilendirme yazısında belirtilen amaçlar için kullanılmasına izin veriyorum.
- Çocuğumun araştırma bilgilerinin bu araştırmanın bitiminden itibaren 15 yıl muhafaza edilmesine izin veriyorum.
- Bu araştırmaya katılım hakkında aile hekiminin bilgilendirilmesine izin veriyorum.
- Çocuğumun bu araştırmaya katılmasını kabul ediyorum.
- Müteakip bir araştırmayla bağlantılı olarak benimle posta veya e-posta yoluyla irtibat kurulmasına izin **veriyorum / vermiyorum\***.

E-posta adresi: .....

(\* Geçerli olmayanın üzerini çiziniz).

\_\_\_\_\_  
Ebeveyn/vasi adı

\_\_\_\_\_  
İmza

Tarih \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
gün ay yıl

\_\_\_\_\_  
Ebeveyn/vasi adı

\_\_\_\_\_  
İmza

Tarih \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
gün ay yıl

Bu vesileyle, zikredilen araştırma hakkında bu kişi/kişileri tam olarak bilgilendirmiş olduğumu beyan ederim.

Eğer araştırma sırasında yasal temsilcinin izin vermesini etkileyebilecek olan bir bilgi edinilirse o zaman bu kişiyi/kişileri zamanında haberdar edeceğim.

\_\_\_\_\_  
Adı

\_\_\_\_\_  
İmza

Tarih \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
gün ay yıl

Görevi: \_\_\_\_\_