***\*Formu doldururken internet sayfamızda yer alan "*** ***TIBBİ CİHAZ KLİNİK ARAŞTIRMALARI BAŞVURU FORMUNUN DOLDURULMASINA İLİŞKİN REHBER" isimli dokümandan yararlanabilirsiniz.***

1. **ARAŞTIRMA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Araştırmanın açık adı:**  |
|  |
|  | **Varsa protokol numarası:**  |
|  |
|  | **Pediyatrik popülasyon üzerinde yürütülecek bir araştırma mı?** | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |

1. **BAŞVURUDAN SORUMLU DESTEKLEYİCİ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Destekleyici** |
|  | Kurum / kuruluşun adı:       |
|  | Temasa geçilecek kişinin adı soyadı:       |
|  | Açık adresi:       |
|  | Telefon numarası:       |
|  | Faks numarası:       |
|  | E-posta adresi:       |
|  |
|  | **Destekleyicinin yasal temsilcisi**  | Var [ ]  | Yok [ ]  |
|  | Kurum / kuruluşun adı:       |
|  | Temasa geçilecek kişinin adı soyadı:       |
|  | Açık adresi:       |
|  | Telefon numarası:       |
|  | Faks numarası:       |
|  | E-posta adresi :      |
|  |
|  | **Destekleyicinin statüsü** |
|  | Ticari | [ ]  |
|  | Ticari değil | [ ]  |

1. **KLİNİK ARAŞTIRMA AMAÇLI CİHAZA İLİŞKİN BİLGİLER**

*Araştırmada, birden çok tıbbi cihazın klinik araştırması yapılıyorsa her bir cihaz ek sayfalar kullanılarak Bölüm C doldurulmalıdır.*

|  |  |
| --- | --- |
| **C.1** | **Klinik araştırma amaçlı cihaz**  |
| **C.1.1** | Klinik araştırma amaçlı cihazı lütfen belirtiniz:Adı:      Marka/ Etiket Adı:       |
| **C.1.2** | Varsa Karşılaştırma amaçlı cihazı/ürünü lütfen belirtiniz:Adı:      Marka/ Model Etiket Adı:       |
|  |
| **C.2** | **Klinik araştırma amaçlı cihazın durumu** |
| **C.2.1** | Tıbbi Cihaz Yönetmeliklerine göre ‘CE’ işareti var mı? | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
| **C.2.1.1** | C.2.1’e cevabınız ‘Evet’ ise, araştırmada kullanılan tıbbi cihaz Sağlık Bakanlığı Ürün Takip Sistemine (ÜTS) kayıtlı mı? | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
| **C.2.1.2** | C.2.1.1’e cevabınız ‘Evet’ ise ürüne ait küresel ürün numarasını (barkod) lütfen belirtiniz ve ÜTS çıktısını başvuru dosyasına ekleyiniz.Küresel Ürün No (Barkod):  |
| **C.2.2** | C.2.1.1’e cevabınız ‘Hayır’ ise aşağıdaki uygun alanı işaretleyerek cihaza ait uygun belgelerin orijinallerinin noter onaylı örneklerini veya apostilli örneklerini başvuru dosyasına ekleyiniz. |
|  | Ek II Tam Kalite Güvence Sistemi *(Full Quality Assurance System)* (Madde 4 hariç) | Var [ ]  | Yok [ ]  |
| Ek II Madde 4 AT Tasarım İnceleme Sertifikası *(EC Design-Examination Certificate)* | Var [ ]  | Yok [ ]  |
| Ek III AT Tip İncelemesi *(EC Type-Examination)* | Var [ ]  | Yok [ ]  |
| Ek IV AT Doğrulaması *(EC Verification)* | Var [ ]  | Yok [ ]  |
| Ek V Üretim Kalite Güvencesi *(Production Quality Assurance)* | Var [ ]  | Yok [ ]  |
| Ek VI Ürün Kalite Güvencesi *(Product Quality Assurance)* | Var [ ]  | Yok [ ]  |
| Ek VII AT Uygunluk Beyanı *(EC Declaration of Conformity)* | Var [ ]  | Yok [ ]  |
| **C.2.3** | C.2.1’e cevabınız ‘Evet’ ise, Klinik araştırma amaçlı tıbbı cihaz kullanım kılavuzunda belirtilen amaç doğrultusunda mı kullanılacak? | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
| **C.2.3.1** | C.2.1.2’ye cevabınız ‘Evet’ ise ürüne ait Kullanım Kılavuzunu veya imalatçı /yetkili temsilci tarafından hazırlanmış kullanım amacını gösterir ıslak imzalı beyanı başvuru dosyasına ekleyiniz. |
| **C.2.3.2** | C.2.1.2’ye cevabınız ‘Hayır’ ise ürüne ait Kullanım Kılavuzunu veya imalatçı/yetkili temsilci tarafından hazırlanmış kullanım amacını gösterir ıslak imzalı beyanı ve tarafınızca cihazın hangi amaçla kullanılacağına dair ıslak imzalı beyanı başvuru dosyasına ekleyiniz. |
|  |  |
| **C.3** | **Varsa karşılaştırma amaçlı cihazın durumu** |
| **C.3.1** | Karşılaştırma amaçlı cihazın Yönetmeliklerine göre ‘CE’ işareti var mı? | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
| **C.3.2** | C.1.2.1’e cevabınız ‘Evet’ ise, araştırmada kullanılan tıbbi cihaz Sağlık Bakanlığı Ürün Takip Sistemine (ÜTS) kayıtlı mı? | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
| **C.3.3** | C.2.1.1’e cevabınız ‘Evet’ ise ürüne ait küresel ürün numarasını (barkod) lütfen belirtiniz ve ÜTS çıktısını başvuru dosyasına ekleyiniz.Küresel Ürün No (Barkod):        |
| **C.3.4.** | Çalışma kapsamında karşılaştırma amaçlı cihaz kullanılmak isteniyor ise ( birden fazla karşılaştırma amaçlı cihaz var ise hepsi için) bu formun **C.2, C.4, C.5, C.6, C.7,C.8, C.9,C.10,C.11,C.12,C.13** kısımlarını tekrar ederek doldurunuz. |
|  |
| **C.4** | **Araştırma amaçlı cihaz imal-ithal durumu** | İmal [ ]  | İthal [ ]   |
| **C.4.1** | Tıbbi Cihazın imal edildiği (menşei) ülke:      |
| **C.4.1.1** | C.4’e cevabınız ithal ise ithal edildiği / edileceği ülke:      |
| **C.4.3** | **GMDN\****\** *Ürününüze uygun olan GMDN kodunu giriniz. Eğer ürün tıbbi cihaz yönetmeliklerine göre sertifikasyon işlemi daha tamamlanmamış araştırma amaçlı bir tıbbi cihaz ise ve üreticisi tarafından ürüne uygun bir GMDN kodu henüz belirlenmemişse bu alanı lütfen boş bırakınız.* |
| **C.4.3.1** | GMDN (Global Medical Device Nomenclature) ([www.gmdn.com.tr](http://www.gmdn.com.tr)) kodu:      |
| **C.4.4.2** | GMDN adı:      |
|  |
| **C.5** | **Tabi olduğu yönetmelik** |
| **C.5.1** | Tıbbi Cihaz Yönetmeliği (93/42/EEC)  | [ ]  |
| **C.5.2** | Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği (90/385/EEC)  | [ ]  |
|  |
|  | **Araştırma amaçlı cihaz için** |
| **C.6.1** | Beyan edilen sınıfı işaretleyiniz. *(Tek bir kutucuk seçilmelidir)* |
| **C.6.1.1** | Sınıf I (Steril ve Ölçüm özelliği olmayan)  | [ ]  |
| **C.6.1.2** | Sınıf I Steril | [ ]  |
| **C.6.1.3** | Sınıf I Ölçüm özelliği olan | [ ]  |
| **C.6.1.4** | Sınıf IIa | [ ]  |
| **C.6.1.5** | Sınıf IIb | [ ]  |
| **C.6.1.6** | Sınıf III | [ ]  |
|  |
| **C.7** | **Klinik araştırma amaçlı cihaz, ilk kez veya kullanım amacı dışında ilk kez insan üzerinde yapılan bir klinik araştırmada mı kullanılacak?** | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
| **C.7.1** | C.7’e cevabınız ‘Evet’ ise ve risk faktörlerini belirtiniz. |
|  |
| **C.8** | **Klinik araştırma amaçlı tıbbi cihaz steril edilmiş mi?** | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
| **C.8.1** | C.8’a cevabınız ‘Evet’ ise sterilizasyon metodunu lütfen belirtiniz:       |
|  |
| **C.9** | **Klinik araştırma amaçlı tıbbi cihaz herhangi bir tıbbi ürün veya insan kanı türevi içeriyor mu?** | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
| **C.9.1** | C.9’a cevabınız ‘Evet’ ise açıklayınız:       |
|  |
| **C.10** | **Klinik araştırma amaçlı tıbbi cihaz, hayvan kaynaklı doku içeriyor mu?** | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
| **C.10.1** | C.10’e cevabınız ‘Evet’ ise açıklayınız:       |
|  |
| **C.11** | **Araştırmada plasebo kullanılıyor mu?** | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  |
| **C.12** | **Klinik araştırma amaçlı cihazın üretim safhasında uygulanan ulusal ve/veya uluslararası standartları lütfen belirtiniz:**       |
|  |
| **C.13** | **Klinik araştırma amaçlı tıbbi cihaz ile ilgili açıklamaları lütfen belirtiniz** [[1]](#footnote-1)*(Serbest metin olarak belirtiniz)***:**       |

1. **ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER**

*Bu bölüm, araştırmanın amacı, kapsamı, tasarımı ve sonlanımına ilişkin bilgilerin sağlanması için kullanılmalıdır.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Araştırılan tıbbi durum veya hastalık** |
|  | Araştırılan tıbbi durum veya hastalıkları lütfen belirtiniz (*Sağlıklı gönüllülerde geliştirilmekte olan cihaz için amaçlanan endikasyon belirtilmelidir)*(*Serbest metin olarak belirtiniz*):       |
|  | Tedavi alanını (onkoloji, hematoloji gibi) lütfen belirtiniz:       |
|  | Araştırılan durumlardan herhangi biri nadir bir hastalık mı? | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | D.1.2’ye cevabınız evet ise belirtiniz:       |
|  |
|  | **Araştırmanın amacı** |
|  | Temel amaç:       |
|  | İkincil amaçlar:       |
|  |
|  | **Gönüllülerin araştırmaya dâhil edilme kriterlerini belirtiniz.***(Maddeler halinde sıralayınız)*: |
|  | **Gönüllülerin araştırmaya dâhil edilmeme kriterlerini belirtiniz.***(maddeler halinde sıralayınız)*:  |
|  |
|  | **Araştırmanın sonlanım noktası** |
|  | Primer sonlanım noktasını belirtiniz (G*erektiğinde tekrar ediniz*)[[2]](#footnote-2):       |
|  | Sekonder sonlanım noktasını belirtiniz (G*erektiğinde tekrar ediniz*):       |
|  |
|  | **Araştırmanın kapsamı** (*Lütfen uygun olan kutu/kutuları işaretleyiniz*) |
|  | Teşhis | [ ]  |
|  | Profilaksi | [ ]  |
|  | Tedavi | [ ]  |
|  | Güvenilirlik | [ ]  |
|  | Etkililik | [ ]  |
|  | Diğer ise, lütfen belirtiniz:       |
|  |
|  | **Araştırmanın tasarımı** |
|  | Kontrollü | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Kontrollü ise, lütfen karşılaştırma cihazını / ürününü belirtiniz:       |
|  | Randomize | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Açık etiketli | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Tek kör | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Çift kör | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Çift sağır (Double-dummy) | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Paralel grup | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Çapraz (cross-over) | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Diğer ise lütfen belirtiniz:       |
|  |
|  | **Araştırma merkezi** |
|  |  Tek merkezli [ ]  | Çok Merkezli [ ]  |
|  | Ülkemizde öngörülen araştırma merkezi sayısı: |       |
| **D.8.3** | Ülkemizde öngörülen araştırma merkezi isimleri ve adres bilgilerini lütfen belirtiniz:       |
| **D.8.4** | Bu araştırma başka ülkelerde de yürütülüyor mu? | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
| **D.8.5** | D.8.4’ye cevabınız ‘Evet’ ise araştırmanın yürütüldüğü/yürütüleceği ülkeleri ve ilgili ülkelerdeki öngörülen merkez sayısı ve ismini lütfen belirtiniz:       |
|  |  |
| **D.9** | **Bu araştırmada bağımsız bir veri izleme komitesi var mı?** | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | D.9’a cevabınız ‘Evet’ ise komitenin yapısına ve iletişim bilgilerine ait bilgileri lütfen belirtiniz:  |
|  |
| **D.10.** | **Araştırma süresi\*:****(***\*Araştırma yalnızca ülkemizde yapılacaksa D.10.2 ve D.10.4’ü boş bırakınız.***)** (*gün, ay ve yıl olarak*) |
| **D.10.1** | Araştırmaya Ülkemizde gönüllü almaya başlamak için öngörülen tarihi lütfen belirtiniz: |       |       |       |
| **D.10.2** | Varsa, diğer ülkelerdeki araştırmanın başlama tarihini lütfen belirtiniz: |       |       |       |
| **D.10.3** | Araştırmanın tahminen ülkemizde tamamlanacağı tarihi lütfen belirtiniz: |       |       |       |
| **D.10.4** | Varsa, araştırmada yer alan bütün ülkelerde araştırmanın tahminen tamamlanacağı tarihi lütfen belirtiniz: |       |       |       |

1. **ARAŞTIRMADAKİ GÖNÜLLÜ POPÜLASYONU**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Yaş aralığı** *(Araştırmanın tamamı için her yaş aralığında planlanan tahmini gönüllü sayısını belirtiniz)* |
|  | 18 yaş altı | Evet [ ]  | Hayır[ ]  |
|  | E.1.1’e cevabınız evet ise lütfen yaş aralığını ve gönüllü sayısını belirtiniz:       |
|  | 18 yaş üstü | Evet [ ]  | Hayır[ ]  |
|  | E.1.2’ye cevabınız evet ise lütfen yaş aralığını ve gönüllü sayısını belirtiniz:       |
|  |
|  | **Cinsiyet** |
|  | Kadın | [ ]  |
|  | Erkek | [ ]  |
|  |  |
|  | **Araştırmadaki gönüllü grubu** |
|  | Sağlıklı gönüllüler | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Hastalar | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Özel hassas popülasyonlar | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Doğum kontrol yöntemi kullanmayan ve çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlar | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Doğum kontrol yöntemi kullanan ve çocuk doğurma potansiyeli olan kadınlar | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Gebe kadınlar | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Emziren kadınlar | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Acil vakalar | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Şahsen olur veremeyecek gönüllüler | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | E.3.3.6’ya cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:       |
|  | Diğer ise, lütfen belirtiniz:       |
|  |
|  | **Araştırmaya dâhil edilmesi planlanan gönüllü sayısı** |
|  | Ülkemizdeki gönüllü sayısını belirtiniz:       |
|  | Çok uluslu araştırma ise, lütfen aşağıdaki uygun bölümleri doldurunuz. |
|  | Avrupa Birliğine üye ülkelerdeki gönüllü sayısını ülkeleri ile birlikte lütfen belirtiniz:       |
|  | Amerika Birleşik Devletlerindeki gönüllü sayısını lütfen belirtiniz:       |
|  | Avrupa Birliğine üye ülkeler ve ABD dışındaki ülkelerde bulunan gönüllü sayısını ülkeleri ile birlikte lütfen belirtiniz:       |
|  | Klinik araştırmanın tamamındaki gönüllü sayısını lütfen belirtiniz:       |
|  |
|  | **Gönüllünün araştırmaya katılımı sona erdikten sonra verilmesi planlanan tedavi veya bakımı[[3]](#footnote-3), tıbbi duruma ilişkin beklenen normal tedaviden farklı olması halinde, lütfen belirtiniz** *(Serbest metin olarak belirtiniz)***:** |

1. **BAŞVURUDA YER ALAN ÜLKEMİZDEKİ KLİNİK ARAŞTIRMA MERKEZLERİ/ ARAŞTIRMACILAR**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Koordinatör** *(Çok merkezli araştırmalar için)* |
|  | Adı Soyadı:       |
|  | Unvan:       |
|  | Uzmanlık alanı:       |
|  | Kurumu:       |
|  | Telefon numarası:       |
|  | E-posta adresi:       |
|  |
|  | **Sorumlu araştırmacı** *(Çok merkezli araştırmalar için gerektiğinde bu bölümü tekrarlayınız)* |
|  | Adı Soyadı:       |
|  | Unvan:       |
|  | Uzmanlık alanı:       |
|  | Kurumu:       |
|  | Telefon numarası:       |
|  | E-posta adresi:       |
|  |
|  | **Yardımcı araştırmacı** *(Gerektiğinde bu bölümü tekrar ediniz)* |
|  | Adı Soyadı:       |
|  | Unvan:       |
|  | Uzmanlık alanı:       |
|  | Kurumu:       |
|  | Telefon numarası:       |
|  | E-posta adresi:       |
|  |
|  | **Araştırmanın gerçekleştirilmesinde kullanılacak olan merkezi teknik tesisler, temel değerlendirme kriterlerinin ölçümü veya değerlendirilmesinin merkezileştirildiği laboratuvar veya diğer teknik tesisleri belirtiniz** *(Birden çok organizasyon olması halinde gerektiği kadar lütfen tekrarlayınız. Bu amaçla ek sayfalar kullanabilirsiniz)***:** |
|  | Organizasyon:       |
|  | Temasa geçilecek kişinin adı soyadı:       |
|  | Adresi:       |
|  | Telefon numarası:       |
|  | Dışarıya verilen görevler:       |
|  |
|  | **Destekleyicinin araştırmaya ait görev ve işlerini devrettiği kurum/kuruluşlar** *(Birden çok kurum/kuruluş olması halinde bu bölümü lütfen tekrarlayınız)***:** |
|  | Destekleyici, araştırmaya ait temel görev veya işlerinden herhangi birini başka bir kurum/kuruluşa veya üçüncü taraflara devretmiş mi? | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | F.5.1’e cevabınız evet ise kurum/kuruluşun adı:       |
|  | Temasa geçilecek kişinin adı soyadı:       |
|  | Adresi:       |
|  | Telefon numarası:       |
|  | Destekleyiciye ait bütün görevler | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | İzleme | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Başvuruların hazırlanması | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Araştırmacıların alınması | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | IVRS[[4]](#footnote-4) – tedavi randomizasyonu | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Veri yönetimi | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | E-veri yakalama | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Güvenlilik bildirimlerinin raporlanması | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Kalite güvence sistemleri ve yoklamalar | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | İstatistiksel analizler | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Tıbbi metinlerin yazımı | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | Dışarıya devredilen diğer görevler: | Evet [ ]  | Hayır [ ]  |
|  | F.5.1.16’ya cevabınız ‘Evet’ ise, lütfen belirtiniz:       |
|  |
|  | **Varsa izleyici (monitör) bilgileri** *(Birden çok kişi olması halinde bu bölümü tekrarlayınız)* |
|  | İzleyicinin adı soyadı:       |
|  | Bağlı bulunduğu Kurum/Kuruluşun adı:       |
|  | Telefon numarası:       |
|  | E-posta adresi:       |
|  |
|  | **Varsa araştırma eczacısı** *(Gerektiğinde bu bölümü lütfen tekrar ediniz)* |
|  | Adı soyadı:       |
|  | İş adresi:      |
|  | Telefon numarası:       |
|  | E-posta adresi:       |

1. **İLGİLİ BELGELER**

***\*Bu bölümde belirtilen belgeler sırası ile başvuru dosyasına eklenmelidir.***

***\*\*Araştırmada, birden çok tıbbi cihazın klinik araştırması yapılıyorsa Bölüm G.2’deki belgeler her cihaz için ayrı ayrı düzenlenmelidir.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **G.1** | **İlgili etik kurul kararı**

|  |
| --- |
| Araştırmaya Onay Veren Etik Kurulunun adı:       |
| Karar No:       |
| Tarih:       |

**\***Etik kurul kararının aslı veya aslı gibidir onaylı örneği sunulmalıdır. Aslı gibidir onayı Etik Kurul Başkanı veya Etik Kurul Sekretaryası tarafından yapılmalıdır.**\*\***Varsa daha önce reddedilen etik kurul kararının aslı veya aslı gibidir onaylı örneği sunulmalıdır. |
| **G.2** | **Aşağıda belirtilen beyanlardan uygun olanları lütfen başvuru dosyanıza ekleyiniz.\***\*Beyanların yetkili temsilci tarafından hazırlandığı hallerde, imalatçı tarafından ilgili ürünler için yetkili temsilciye verilmiş yetki belgesinin aslının veya noter onaylı suretinin başvuru dosyasına eklenmesi gerekmektedir.  |
| **G.2.1** | **‘CE’ işareti taşımayan araştırma amaçlı cihazın, araştırmalar kapsamındaki konular dışında kalan temel gereklere uygunluğu ile hastanın güvenliği ve sağlığının korunması amacıyla alınan tüm tedbirleri belirten imalatçı yada yetkili temsilcisi tarafından verilen ıslak imzalı beyan.** *(Tıbbi Cihaz Yönetmeliği Ek VIII veya Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği Ek VI’ ya göre)* |
| **G.2.2** | **‘CE’ işareti taşımayan bir cihazla yapılacak klinik araştırma için, imalatçı veya yetkili temsilcisi tarafından hazırlanmış ve Tıbbi cihaz yönetmeliği Ek I/7.4’de belirtilen bir madde veya insan kanı türevinin bir bütünün parçası olarak cihazın yapısında yer alıp almadığına ilişkin ıslak imzalı beyan.** |
| **G.2.3** | **‘CE’ işareti taşımayan bir cihazla yapılacak klinik araştırma için, imalatçı veya yetkili temsilcisi tarafından hazırlanmış; cihazın imalatında hayvan kaynaklı dokularla ilgili düzenlemelere uygun olarak hayvan kaynaklı dokuların kullanılıp kullanılmadığına dair ıslak imzalı beyan.** |
| **G.2.4** | **‘CE’ işareti taşımayan bir cihazla yapılacak klinik araştırma için, imalatçı veya yetkili temsilcisi tarafından Tıbbi cihaz Yönetmeliği Ek VIII Madde 3.2’ veya Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği Ek VI Madde 2.2’ye uygun olarak gerekli bilgi ve belgelerin hazırlanmış olduğuna dair ıslak imzalı beyan.** |
| **G.2.5** | **‘CE’ işareti taşıyan ancak, kullanım kılavuzunda belirtilen amaçlar dışında kullanılacağı beyan edilen tıbbi cihazlar için G.2.1, G.2.2, G.2.3 ve G.2.4 maddelerinde yer alan beyanlar başvuru dosyasına eklenmelidir.**  |
| **G.3** | **Araştırma protokolü\***Tarih:       Versiyon numarası:       **\***Protokol, çok merkezli araştırmalar için koordinatör, tek merkezli araştırmalar için sorumlu araştırmacı tarafından imzalanmalıdır.  |
| **G.4** | **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)\***Tarih:       Versiyon numarası:       \*“İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu” doğrultusunda hazırlanmış rızayı yazılı şekilde ispatlayan belge” |
| **G.5** | **Olgu Rapor Formu (ORF)\***Tarih:       Versiyon numarası:       **\***“İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu” doğrultusunda hazırlanmış “Araştırmadaki her bir gönüllüye ait verilerin ve diğer bilgilerin araştırma protokolünde tanımlandığı şekilde kaydının yapılması için hazırlanan basılı, optik veya elektronik belge” |
| **G.6** | **Araştırma broşürü (Varsa)\***Tarih:       Versiyon numarası:       \*Araştırmacı tarafından oluşturulan Araştırma Broşürüne ait tarih ve versiyon numarasını giriniz.  |
| **G.7** | **Klinik araştırma amaçlı cihaza ait etiket örneği\*** **\*** Yalnızca CE işareti taşımayan tıbbi cihaz ile yapılan klinik çalışmalar için başvuru dosyasına ekleyiniz.**\*\*** Tıbbi Cihaz Yönetmeliği Ek I/13.3’e veya Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliğine göre hazırlanmalıdır. |
| **G.8** | **Klinik araştırma amaçlı cihaza ait kullanım kılavuzu\*****\***Formun C.2.1.2.1 ve C.2.1.2.2 maddeleri gereği başvuru dosyasına ekleyiniz. |
| **G.9** | **Sigorta\***\*CE işareti taşımayan tıbbi cihaz klinik araştırmaları için veya kullanım kılavuzunda belirtilen amaç dışında kullanılacak tıbbi cihazlarla ilgili klinik araştırmalar için düzenlenmelidir.\* Sigorta, [www.titck.gov.tr](http://www.titck.gov.tr) adresinde yer alan “Klinik Araştırmalarda Yapılacak Olan Sigorta Teminatına İlişkin Kılavuz” doğrultusunda hazırlanmalıdır. |
| **G.10** | **Araştırma bütçesi\***\* Bütçe formu, [www.titck.gov.tr](http://www.titck.gov.tr) adresinde yer alan güncel formatta yetkili kişiler (çok merkezli araştırmalar için koordinatör, tek merkezli araştırmalar için sorumlu araştırmacı, ya da destekleyici*)* tarafından ıslak imzalı olmalıdır. |
| **G.11** | **Destekleyiciye ait noter tasdikli imza sirküleri** |
| **G.12** | **Özgeçmiş formu\*****\***Çalışmada yer alan varsa koordinatör, sorumlu araştırmacı, yardımcı araştırmacı, araştırma eczacısı ve monitöre ait özgeçmiş formları başvuru dosyasına eklenmelidir.\*\*Özgeçmiş formu, [www.titck.gov.tr](http://www.titck.gov.tr) adresinde yer alan güncel formatta adı, soyadı ve ünvanı el yazısı ile yazılmış, tarihli ve ıslak imzalı olmalıdır. |
| **G.13** | **Gerekli ise, Biyolojik Materyal Transfer Formu örneği (BMTF)\***\*BMTF, [www.titck.gov.tr](http://www.titck.gov.tr) adresinde yer alan güncel formatta ve ıslak imzalı olmalıdır. |
| **G.14** | **Varsa yetkilendirme belgeleri\*****\***Destekleyici tarafından herhangi bir yetkilendirme yapılmış ise ıslak imzalı yetkilendirme belgelerini veya noter onaylı suretlerini dosyaya ekleyiniz. |
| **G.15** | **Varsa hasta kartı/günlüğü\***Tarih:       Versiyon numarası:       \* Araştırmacı tarafından oluşturulan hasta kartı/günlüğüne ait tarih ve versiyon numarasını giriniz. |
| **G.16** | **Varsa gönüllü bilgilendirme metinleri** |
| **G.17** | **Varsa ilanlar** |
| **G.18** | **Varsa anketler** |
| **G.19** | **Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu internet sitesinde yayımlanan başvuru ücretinin yatırılarak karşılığında alınan dekont’un aslı ve bir örneği** |

1. **BAŞVURU SAHİBİNİN İMZASI**

|  |  |
| --- | --- |
| **H.1** | **İşbu başvuru formuyla, şahsım / başvuru sahibi adına** *(lütfen geçerli olmayan ifadelerin üzerini yanına tarih ve paraf atarak çiziniz)* |
|  | * Başvuruda sağlanan bilgilerin doğru olduğunu,
* Araştırmanın protokole, Tıbbi Cihaz yönetmeliklerinde yer alan ilgili hükümlere, Klinik Araştırmalar Yönetmeliğine, TS EN ISO 14155-1 ve 2 İnsan Denekleri İçin Tıbbi Cihazların Klinik Araştırması ve İyi Klinik Uygulamaları ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini,
* Araştırma amaçlı cihazın TS EN ISO 13485 Tıbbi Cihazlar - Kalite Yönetim Sistemleri ve cihazla ilgili diğer standartlara uygun olarak üretildiğini,
* Araştırma ekibini (laboratuvar ekibi, araştırma hemşiresi, araştırma eczacısı vb. dâhil) araştırma hakkında bilgilendirdiğimi,
* Önerilen klinik araştırmanın gerçekleştirilebilir nitelikte olduğunu,
* Klinik araştırmanın ilgili tıbbi uygulayıcı veya konusunda uzman yetkili kişi tarafından uygun ortamda yapılacağını,
* İlgili tıbbi uygulayıcı veya konusunda uzman yetkili kişinin tıbbi cihaza ilişkin teknik ve klinik verilere sahip olduğunu,
* Araştırma başvurusunun, ilgili Yönetmelik kapsamında kurulan etik kurullardan, aynı anda birden fazlasına sunulmadığını,
* Ciddi advers etkilere/olaylara ilişkin raporları derhal bildireceğimi,
* Araştırmanın, kişisel verilerin gizliliğine riayet edilmek kaydıyla kamuya açık bir veri tabanına kaydedildiğini,
* Klinik araştırmanın erken sonlanması halinde gerekçeyi bildireceğimi,
* Tıbbi Cihaz Yönetmeliği Ek X Madde 2.3.7’de belirtilen raporu sunmak üzere hazır bulunduracağımı,
* Araştırma bütün ülkelerde sona erdikten sonra, 1 (bir) yıllık azami süre içerisinde nihai raporun bir kopyasını sunacağımı,

 **Taahhüt** ederim. |
| **H.2** | **Başvuru Sahibi**\*\*Başvuru sahibinin yetkili imza sahibi olması gerekmektedir. |
| **H.2.1** | El yazısıyla adı soyadı:        |
| **H.2.2** | Tarih (gün/ay/yıl olarak):       |
| **H.2.3** | İmza:       |

1. **KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ İMZASI\***

\* Çok merkezli çalışmalarda Koordinatör, tek merkezli çalışmalarda sorumlu araştırmacı tarafından doldurulmalıdır.

|  |  |
| --- | --- |
| **İ.1** | **İşbu başvuru formuyla, şahsım** *(lütfen geçerli olmayan ifadelerin üzerini yanına tarih ve paraf atarak çiziniz)* |
|  | * Başvuruda sağlanan bilgilerin doğru olduğunu,
* Araştırmanın protokole, Tıbbi Cihaz yönetmeliklerinde yer alan ilgili hükümlere, Klinik Araştırmalar Yönetmeliğine, TS EN ISO 14155-1 ve 2 İnsan Denekleri İçin Tıbbi Cihazların Klinik Araştırması ve İyi Klinik Uygulamaları ilkelerine uygun olarak gerçekleştirileceğini,
* Araştırma amaçlı cihazın TS EN ISO 13485 Tıbbi Cihazlar - Kalite Yönetim Sistemleri ve kendisiyle ilgili diğer standartlara uygun olarak üretildiğini,
* Araştırma ekibini (laboratuvar ekibi, araştırma hemşiresi, araştırma eczacısı vb. dâhil) araştırma hakkında bilgilendirdiğimi,
* Önerilen klinik araştırmanın gerçekleştirilebilir nitelikte olduğunu,
* Klinik araştırmanın ilgili tıbbi uygulayıcı veya konusunda uzman yetkili kişi tarafından uygun ortamda yapılacağını,
* İlgili tıbbi uygulayıcı veya konusunda uzman yetkili kişinin tıbbi cihaza ilişkin teknik ve klinik verilere sahip olduğunu,
* Araştırma başvurusunun, ilgili Yönetmelik kapsamında kurulan etik kurullardan, aynı anda birden fazlasına sunulmadığını,
* Ciddi advers etkilere/olaylara ilişkin raporları derhal bildireceğimi,
* Araştırmanın, kişisel verilerin gizliliğine riayet edilmek kaydıyla kamuya açık bir veri tabanına kaydedildiğini,
* Klinik araştırmanın erken sonlanması halinde gerekçeyi bildireceğimi,
* Tıbbi Cihaz Yönetmeliği Ek X Madde 2.3.7’de belirtilen raporu sunmak üzere hazır bulunduracağımı,
* Araştırma bütün ülkelerde sona erdikten sonra, 1 (bir) yıllık azami süre içerisinde nihai raporun bir kopyasını sunacağımı,

 **taahhüt** ederim. |
| **İ.2** | **Başvuru Sahibi** (Çok merkezli araştırmalarda koordinatör, tek merkezli araştırmalarda sorumlu araştırmacı) |
| **İ.2.1** | El yazısıyla adı soyadı:        |
| **İ.2.2** | Tarih (gün/ay/yıl olarak):       |
| **İ.2.3** | İmza:       |

1. Cihaz ile ilgili tanımlayıcı bilgiler, eğer kombine kullanım var ise diğer cihaz ile ilgili bilgiler, var ise cihazın nihai haline ait çizim veya fotoğraf, cihazın çalışma prensibi, daha önceki model veya benzer etki mekanizmasına sahip diğer cihaz bilgileri, cihazın Tıbbi Cihaz Yönetmeliği Ek I Temel Gerekleri karşıladığına dair belge, cihazın muhtemel riskleri ve bunların nasıl bertaraf edildiği (ISO 14971) vb. [↑](#footnote-ref-1)
2. Protokol genellikle tek bir primer sonlanım noktasını belirleyecektir. Ancak bazı durumlarda bir ko-primer sonlanım noktası ve/veya bir dizi sekonder sonlanım noktaları olabilir. [↑](#footnote-ref-2)
3. Protokolde yer almadığı durumlarda. [↑](#footnote-ref-3)
4. Interactive Voice Response System (İnteraktif Sesli Yanıt Sistemi): Tedavi randomizasyonu ve ürün stoğunun sevkiyatını kontrol etmek için yaygın şekilde kullanılan sistem. [↑](#footnote-ref-4)