**Klinik Araştırma Birimi**

Konu: (…………Çalışma Kodlu) Klinik Araştırma Belgelerini Muhafaza Etme ve Saklama Taslağı Formu

Destekleyici / Yasal Temsilcisi ve Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü Klinik Araştırma Birimi arasında yapılan klinik araştırma sözleşmesi ile ilgili aşağıda detayları yazılı evrak ve dosyaların, klinik araştırmanın kapatma tarihinden …….… itibaren ana sözleşmede yazılı ……..…süre boyunca Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi………. Anabilim Dalı …….… Bölümünde ………. tarihine kadar Araştırıcı ………. Öğretim üyesi tarafından muhafaza edilecek ve saklanacaktır.

|  |  |
| --- | --- |
| **Araştırmanın açık adı:** |  |
| **Protokol kodu:** |  |
| **Yasal Destekleyici:** |  |
| **Destekleyicinin yasal temsilcisi:** |  |
| **Araştırıcı adı soyadı:** |  |
| **Bölümü:** |  |
| **Merkez No:** |  |
| **Çalışma başlama tarihi:** |  |
| **Çalışma bitiş tarihi:** |  |
| **Dahil edilen gönüllü sayısı:** |  |
| **Gönüllüye ait kurum kodu:** |  |

Baş Araştırıcı Öğretim Üyesinin emeklilik, kurum değişikliği, istifa vb. durumlarda aşağıda yer alan kısmın doldurulması gerekmektedir.

………. tarihinde çalışmada kullanılan yazılı doküman ve dosyalarını …….… tarihine kadar olan arşiv sorumluluğunu …….... Öğretim üyesinedevretmekteyim.

**Aşağıdaki materyallerin tarafımdan ilgili öğretim üyesine teslim edildiğini beyan ederim.**

**Baş Araştırıcı:** Adı soyadı: **İmza: …… Tarih: ……**

**Aşağıdaki materyallerin tarafımdan teslim alındığını beyan ederim.**

**Devir Alan Öğretim Üyesi Adı soyadı: İmza: …… Tarih: ……**

|  |  |
| --- | --- |
| **Materyalin Tanımı** | **Miktar** |
| **Araştırıcı Merkez Dosyası** | **Adet / klasör** |
| **Hasta Dosyası** | **Adet / klasör** |

**Materyalin saklanacağı yer:** Köşk Mah. Prof. Dr. Turhan Feyzioğlu Cad. No:42 38039 Melikgazi / Kayseri adresindeki Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü ………. Hastalıkları Anabilim Dalı, ………. Bölümünde, …….… yerinde muhafaza edilecektir.

Arşiv dolabının belirtildiği konumda ya da devir alan kişide bir değişiklik olması halinde aşağıda yer alan iletişim bilgilerinden …….…numaradan irtibat kurularak Destekleyici / Yasal Temsilcisi…….… ‘nin bilgilendirilmesi ve bu değişiklik hakkında benzer bir devir formu yada yeni adres bildirim yazısı sağlanmalıdır.

Adres ve irtibat numarası:

Gereğinin yapılması hususu bilgilerinize arz talep ederiz.

Yasal Destekleyici Adına Sorumlu Araştırıcı

Kaşe imza Kaşe imza

OLUR