|  |
| --- |
| **SAGİM-KAV Klinik Araştırmalar Bilişimi** |
| **Klinik Araştırma Başvuru Yönetimi ve Provizyon Sistemi** |
|   |   |
| Kayıt Olacak Birim Tanımları |
| Birim Adı | …..................... Üniversitesi Tıp Fakültesi |
| Birim Türü | [ X ] | Üniversite Hastanesi |
| [ ] | Eğitim ve Araştırma Hastanesi |
| [ ] | Afiliye Üniversite Hastanesi |
| [ ] | Devlet Hizmet Hastanesi |
| [ ] | Özel Hizmet Hastanesi |
| Kaç yıldır klinik araştırma yaptığı | [ ]0-5 Yıl | [ ]1-5 Yıl | [ ]6-10 Yıl | [ ]11-15 Yıl | [ ]16-20 Yıl | [ ]21-++ Yıl |
| Şimdiye kadar bitirilen araştırma sayısı | [ ]0 -- 5 | [ ]6 -- 15 | [ ]16 -- 25 | [ ]26 -- 45 | [ ]46 -- 100 | [ ]101 -- 250+ |
|   |
| Kayıt Açılan Klinik Araştırma Birimi Adı | ................. Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi |
| Klinik Araştırma Birimi Sorumlusu Adı ve Soyadı |   |
| Ünvanı | [ ]Uzm. Dr. | [ ]Dr. Ör.Gör. | [ ]Doç. Dr. | [ ]Prof. Dr. |   |   |
| Telefonu |  +90 (555) 555 55 55 |
| e-mail adresi |   |
|   |
| Klinik Araştırma Birimi Sekreteri Adı ve Soyadı |   |
| Telefonu |  +90 (555) 555 55 55 |
| e-mail adresi |   |
|   |
| Kayıt Açılan Ünitesi Araştırma Birimi Adı | ................. Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Ünitesi |
| Klinik Araştırma Ünitesi Sekreteri Adı ve Soyadı |   |
| Telefonu |  +90 (555) 555 55 55 |
| e-mail adresi |   |
|   |
|   | Bu Araştırma Ünitesinde Araştırma Kabul Edecek Araştırmacılar **(Lüten Klinik Araştırma yapacak tüm öğretim elemanları için doldurunuz.)** |
| Adı ve Soyadı |   |
| Ünvanı | [ ]Uzm. Dr. | [ ]Dr. Ör.Gör. | [ ]Doç. Dr. | [ ]Prof. Dr. |   |   |
| Telefonu |  +90 (555) 555 55 55 |
| e-mail adresi |   |
| Branşı |   |
| Daha önce bitirdiği araştırmalar |   |
| Kabul edeceği araştırma konuları |   |
| Kabul edeceği araştırma Faz düzeyleri | [ ] Faz 1 | [ ] Faz 2 | [ ] Faz 3 | [ ] Faz 4 |   |   |
| Araştırmacının Akademik Özgeçmişi | Dosya Ekle |
| **ARAŞTIRMACI EKLE** |
|   |
| Bu Araştırma Ünitesinde Araştırma Kabul Edecek Araştırmacılar **(Lüten Klinik Araştırma yapacak tüm öğretim elemanları için doldurunuz.)** |
| Adı ve Soyadı |   |
| Ünvanı | [ ]Uzm. Dr. | [ ]Dr. Ör.Gör. | [ ]Doç. Dr. | [ ]Prof. Dr. |   |   |
| Telefonu |  +90 (555) 555 55 55 |
| e-mail adresi |   |
| Branşı |   |
| Daha önce bitirdiği araştırmalar |   |
| Kabul edeceği araştırma konuları |   |
| Kabul edeceği araştırma Faz düzeyleri | [ ] Faz 1 | [ ] Faz 2 | [ ] Faz 3 | [ ] Faz 4 |   |   |
| Araştırmacının Akademik Özgeçmişi | Dosya Ekle |
| **ARAŞTIRMACI EKLE** |
|   |
| Bu Araştırma Ünitesinde Araştırma Kabul Edecek Araştırmacılar **(Lüten Klinik Araştırma yapacak tüm öğretim elemanları için doldurunuz.)** |
| Adı ve Soyadı |   |
| Ünvanı | [ ]Uzm. Dr. | [ ]Dr. Ör.Gör. | [ ]Doç. Dr. | [ ]Prof. Dr. |   |   |
| Telefonu |  +90 (555) 555 55 55 |
| e-mail adresi |   |
| Branşı |   |
| Daha önce bitirdiği araştırmalar |   |
| Kabul edeceği araştırma konuları |   |
| Kabul edeceği araştırma Faz düzeyleri | [ ] Faz 1 | [ ] Faz 2 | [ ] Faz 3 | [ ] Faz 4 |   |   |
| Araştırmacının Akademik Özgeçmişi | Dosya Ekle |
| **ARAŞTIRMACI EKLE** |
|   |
| Bu Araştırma Ünitesinde Araştırma Kabul Edecek Araştırmacılar **(Lüten Klinik Araştırma yapacak tüm öğretim elemanları için doldurunuz.)** |
| Adı ve Soyadı |   |
| Ünvanı | [ ]Uzm. Dr. | [ ]Dr. Ör.Gör. | [ ]Doç. Dr. | [ ]Prof. Dr. |   |   |
| Telefonu |  +90 (555) 555 55 55 |
| e-mail adresi |   |
| Branşı |   |
| Daha önce bitirdiği araştırmalar |   |
| Kabul edeceği araştırma konuları |   |
| Kabul edeceği araştırma Faz düzeyleri | [ ] Faz 1 | [ ] Faz 2 | [ ] Faz 3 | [ ] Faz 4 |   |   |
| Araştırmacının Akademik Özgeçmişi | Dosya Ekle |