**T.C.**

**KOCAELİ VALİLİĞİ**

**İl Sağlık Müdürlüğü**

**ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ**

 **Taraflar:**

 Bu protokol **Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü ve** ……………………………………………………..arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar**:

 **ÇalışmanınAdı:**

 **Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler** Bu protokol ilimiz sınırları içinde Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

1. Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Kocaeli İli Kamu Hastaneleri Birliği tarafından değerlendirilecektir.
2. Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
3. Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinden de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden de onay alınacaktır.
4. Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
5. Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **kitapçık** halinde Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
6. Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
7. Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
8. Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, İl Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

**Protokolün süresi:**

1. Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda …………..süre ile çalışmasını yürütecektir.
2. **Başlangıç:** **Bitiş:**
3. Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
4. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

**Sözleşme Şartlarına Aykırılık:**

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Kocaeli İl sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolde imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğünce; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

**İhtilafların çözümü:**

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Kocaeli ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

 İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

 Tarih:……………………….. …/.../20…

 İmza:………………………..

Adı:Soyadı:…………………

 Uzm. Dr.Ahmet SARIIŞIK
 Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

OLUR

…../…./20..

Op. Dr. Yüksel PEHLEVAN

İl Sağlık Müdürü