



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANKARA İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ EVRAK BİRİMİ - 29.11.2022 13:29 -
E-36198255-000-152889



Gelen Belge Kayıt

00179413228

Sayı : E-14588481-605.99-64465882
Konu : Araştırma İzni

28.11.2022

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

İlgi: a) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 2020/2 sayılı Genelgesi.
b) 11.11.2022 tarihli ve 506874469 sayılı yazınız.

Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhekim Yardımcısı Uzm. Dr. Nihal DURMAZ ile Doç. Dr. Şeyma KAYALI'nın "**Kalbinin Sesini Duy**" konulu çalışması kapsamında İlimize bağlı okullarda uygulama talebi ilgi (a) Genelge çerçevesinde komisyonumuzca incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda, söz konusu araştırmanın Müdürlüğümüzde muhafaza edilen ölçme araçlarının; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Milli Eğitim Temel Kanunu ile Türk Milli Eğitiminin genel amaçlarına uygun olarak, ilgili yasal düzenlemelerde belirtilen ilke, esas ve amaçlara aykırılık teşkil etmeyecek, eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmayacak şekilde okul ve kurum yöneticilerinin sorumluluğunda, gönüllülük esasına göre uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Burhan İNAN
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü V.

Ek:
Uygulama Araçları

Dağıtım:
Gereği:
Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

Bilgi:
B Planı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Adres : Emniyet Mah. Alparslan Türkeş Cad. 4/A Yenimahalle/ANKARA

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/meb-cbys>

Bilgi için: D. KARAGÜZEL BİLGİN

Telefon No : 0 (312) 306 89 07
E-Posta: istatistik06@meb.gov.tr
Kep Adresi : meb@hs01.kep.tr

İnternet Adresi: www.meb.gov.tr

Unvan : Memur
Faks: _____



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ANKARA SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKAN YARDIMCISI I
ANKARA SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
11.10.2023 11:49:08 E-85065010-604.01.01-226605872



226605872

Sayı : E-85065010-604.01.01-226605872
Konu : Sağlık Proje Uygulama Taslağı (Kalbimin
Sesini Duy)

11.10.2023

ANKARA İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ

Müdürlüğümüz ve Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü arasında yapılması teklif edilen ve Ek'te taslağı sunulan proje ile olası kardiyolojik problemleri erken dönemde teşhis ederek, işitme engelli çocuklarımıza daha sağlıklı bir yaşam sağlamak amacıyla "Kalbimin Sesini Duy" projesinin 2023-2024 eğitim öğretim yılında yapılması talep edilmektedir.

Bu doğrultuda; Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğünün EK-A' da sunulan yazısı ile araştırma izni alınmış olup, Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 6-18 yaş grubu çocukların kayıtlı olduğu işitme engelli okul ve eğitim merkezlerinde "Kalbimin Sesini Duy" projesini gerçekleştirmek için EK-B' de sunulan taslak proje protokolünün karşılıklı mutabakat ile hazırlanarak imza altına alınması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Ali Niyazi KURTCEBE
İl Sağlık Müdürü

Ek:

- 1 - Araştırma İzni.pdf
- 2 - Kalbimin sesini duy.docx (Proje Taslağı)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 2649EEFD-85A3-4B3D-86E3-09DD90B28E49

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Etilik Şehir Hastanesi Kampüsü G 6 Kapısı, Ayvalı
Mah. Halil Sezai Erkut Cad. No:5 -P.K. 6010 Keçiören/Ankara 06010
Telefon No: 03127973000
e-Posta: ankarashb.saglikhiz@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<https://www.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: ankarailsaglik@hs01.kep.tr

Bilgi için: Reşit Emre ÖZMEN
Sağlık Memuru

Telefon No:



Sayın Veli;

Çocuğunuzun katılacağı bu çalışma, “**Kalbimin Sesini Duy**” adıyla, Nisan 2024- Haziran 2024 tarihleri arasında yapılacak bir araştırma uygulamasıdır.

Araştırmanın Hedefi: Doğuştan işitme engelli çocukların tehlikeli kalp ritm problemleri açısından genel nüfustan daha fazla tehdit altında olduklarına dair net bilimsel kanıtlar vardır. Diğer yönlerden sağlıklı görünen sağır- dilsiz çocukların egzersiz veya korku ile tetiklenen bayılma atakları yaşadıkları bilinmektedir. **Bu proje ile olası kalp ritm problemini erken dönemde teşhis ederek, sağır çocuklarımıza daha iyi bir hayat vermek amaçlanmıştır.**

Araştırma Uygulaması: Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Doç. Dr. Şeyma Kayalı tarafından çocuğunuz muayene edilecek ve bulgular kaydedilecektir. Muayene sonucunda doktorunuz uygun görürse çocuğunuz bu çalışmaya dahil edilecektir. Yine izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için çocuğunuzun elektrokardiyografisi (EKG) çekilecektir. Çekilen EKG olası ritm problemi açısından değerlendirilecektir. EKG çekiminin herhangi bir riski bulunmamaktadır.

Araştırma, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı'nın ve okul yönetiminin de izni ile gerçekleştirilmektedir. Araştırma uygulamasına katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır. Çocuğunuz çalışmaya katılıp katılmamakta özgürdür. Araştırma çocuğunuz için herhangi bir istenmeyen etki ya da risk taşımamaktadır. Çocuğunuzun katılımı **tamamen sizin isteğinize bağlıdır**, reddedebilir ya da herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmama veya araştırmadan ayrılma durumunda öğrencilerin akademik başarıları, okul ve öğretmenleriyle olan ilişkileri etkilemeyecektir.

Çalışmada öğrencilerden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplar tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Uygulamalar, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular ve durumlar içermemektedir. Anket çalışmasına katılmamak ya da katıldıktan sonra vazgeçmek çocuğunuza hiçbir sorumluluk getirmeyecektir.

Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışma bittikten sonra bizlere e-posta ile ulaşarak soru sorabilir, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz. Saygılarımızla...

Araştırmacı : Doç. Dr. Şeyma Kayalı – Çocuk Sağlığı Hastalıkları ve Çocuk Kardiyolojisi Uzmanı
İletişim bilgileri : Mail: ak-seyma@hotmail.com

*Velisi bulunduğum sınıfı numaralı öğrencisi
.....'in yukarıda açıklanan araştırmaya katılmasına izin veriyorum. (Lütfen formu imzaladıktan sonra çocuğunuzla okula geri gönderiniz*).*
...../...../... (Veli Ad-Soyad-imza)

Ek 1. ANKET FORMU

Veli Adı- Soyadı		
Çocuk Adı- Soyadı		
Cinsiyet		
Doğum Tarihi		
Anne- Baba arası akrabalık	Var Derece:	Yok
Çocukta Bilinen Hastalık/Sendrom (işitme kaybı dışında)	Var Tanı:	Yok
Düzenli İlaç Kullanımı	Var İlaç adı:	Yok
Çocuğunuzda aralıklı baş dönmesi yakınması var mıdır?	Var	Yok
Çocuğunuz daha önce bayıldı mı ?	Evet	Hayır
Daha önce bayıldı ise;	Stresle tetiklendi	Stresten bağımsız
Çocuğunuz daha önce nöbet geçirdi veya epilepsi tanısı aldı mı?	Evet	Hayır
Aile fertleri veya yakın akrabalarınızda 50 yaş altı ani ölüm yaşandı mı?	Evet	Hayır
Aile fertleri veya yakın akrabalarda 50 yaş altı kalp hastalığı tanısı alan var mı?	Evet	Hayır
Aile fertleri veya yakın akrabalarda sık bayılan veya nöbet geçiren kişiler var mı?	Evet	Hayır