**ÖNEMLİ NOT**

Bu form aracılığıyla sunmuş olduğunuz bilgiler T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM) tarafından STD konu seçimi amacıyla kullanılacaktır. Lütfen yorumlarınızda isimleri ve kişileri belirtmeyiniz. Bakanlık gerektiği durumlarda sizinle e-posta ya da posta yoluyla temasa geçecektir. Web sitemiz üzerinden paylaştığınız kişisel ve özel bilgilerinizin, STD sürecinde tarafımızca kullanılabileceğini ve yukarıda sözü edilen tüm koşulları okuyup kabul ettiğiniz varsayılmaktadır.

|  |
| --- |
| 1. **Öneride bulunan \*(*isteğe bağlı*)** |
| **Adı soyadı** *(gerçek kişi için)* ve/veya **Kuruluş adı** *(tüzel kişi için)***:** |
| **E-posta adresi:** |
| **Adres** *(e-posta bulunmuyorsa)***:** |
| **Tarih:** |

|  |
| --- |
| 1. **Gerçek kişi için** *(lütfen en iyi açıklayan tek bir şık seçiniz)* |
| Hasta |
| Hasta yakını |
| Sağlık çalışanı |
| Gönüllü veya dernek üyesi |
| Diğer *(lütfen açıklayınız)* |

|  |
| --- |
| 1. **Tüzel kişi için** *(lütfen en iyi açıklayan tek bir şık seçiniz ve açıklayınız)* |
| Kamu sektörü |
| Kamu sağlık sektörü |
| Özel sektör |
| Özel sağlık sektörü |
| Sivil toplum kuruluşu |
| Diğer *(lütfen açıklayınız)* |

|  |
| --- |
| 1. **Değerlendirilmesini istediğiniz sağlık teknolojisi nedir?** |
| İlaç |
| Tıbbi cihaz |
| Cerrahi tedavi yöntemi |
| Cerrahi olmayan tedavi yöntemi |
| Diğer *(lütfen açıklayınız)* |

|  |
| --- |
| 1. **Öneri** *(lütfen özet olarak önerinizi açıklayınız) (en fazla 50 kelime)* |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Değerlendirilmesini önerdiğiniz sağlık teknolojisi hangi hastalık, durum veya halk sağlığı konusu ile ilgilidir?** *(örn: diyabet (şeker hastalığı), obezite, sigarayı bırakma, fiziksel aktivite, aşılama, kanser vb.) (en fazla 40 kelime)* |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Önerinizin uygulanabileceği belirli bir hasta grubu veya topluluk var mı?** *(örn: çocuklar gibi belirli bir yaş grubu, belirli bir cinsiyet (kadın/erkek) grubu, yeni kalp krizi geçirmiş hastalar, belirli bir hastalık riski altında olanlar vb.) (en fazla 40 kelime)* |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Değerlendirilmesini istediğiniz sağlık teknolojisinin öncelikli kullanım amacını nasıl tanımlarsınız?** |
| Koruyucu / önleyici |
| Teşhise yönelik |
| Tedavi edici |
| Rehabilite edici |
| Farklı tedaviler (geleneksel ve tamamlayıcı tedavi v.b.) |
| Fikrim yok |
| Diğer *(lütfen açıklayınız)* |

|  |
| --- |
| 1. **Değerlendirilmesini istediğiniz sağlık teknolojisi ile ilgili vurgulamak istediğiniz, coğrafi, sosyo-ekonomik, kültürel, dini vb. açılardan kaynaklanan bir sağlık eşitsizliği hususu bulunmakta mıdır?** *(örn: engellilerin sağlık teknolojisine ulaşmasında veya kullanımında karşılaşabileceği/karşılaştığı zorluklar gibi) (lütfen açıklayınız)* |
|  |

|  |
| --- |
| Lütfen bu formu ve diğer bilgileri, elektronik ortamda [hta@saglik.gov.tr](mailto:hta@saglik.gov.tr) adresine gönderiniz. |