**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 adresine gönderiniz. |