بسمه تعالي

**کد بیمار:**

فرم رضايت آگاهانه شرکت درطرح تحقيقاتي

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عنوان طرح پژوهشي:** | | **نام مجري يا مجريان طرح:** |
| **معرفي و مزايا ی پژوهش** |  | |
| **خطرات** |  | |
| **جبران خطرات** |  | |
| **نمونه گيري،دارودرماني يا ساير خدمات(ذکرشود)** |  | |
| **محرمانه بودن** | نتایج تمام آزمایشات گرفته شده از بیمار پس از ثبت در پرونده محرمانه که فقط در اختیار مجریان طرح می باشد ، توسط مجریان مورد بازبینی قرار گرفته و در صورت نیاز به اقدامات درمانی بیشتر به اطلاع پزشک معالج بیمار رسانده خواهد شد. | |
| **پاسخگويي به پرسشها** | چنانچه بیمار یا ولی بیمار درخواست دریافت نتایج ازمایشات را داشته باشند، امکان دسترسی وی به نتایج مذکور پس از مشورت مجریان طرح ، به اطلاع ایشان خواهد رسید. ضمنا شرکت کنندگان در مطالعه می توانند سوالات خود درمورد بیماری و نقش آنها در مطالعه مارا مطرح نموده و مجریان پاسخ مناسب را در اختیار ایشان قرار خواهند داد. | |
| **حق انصراف درخروج ازمطالعه** | شرکت من درمطالعه کاملاً اختياري است وآزاد خواهم بود که از شرکت درمطالعه امتناع نموده يا هرزمان مايل بودم بدون آنکه تغييري درنحوه رفتار پزشک درمانگر يا نحوه درمان ومراقبت ازبيماري اينجانب ايجاد شود ازپژوهش مذکور خارج شوم. | |
| **((رضايت))**  اينجانب با آگاهي کامل ازموارد فوق رضايت مي دهم که به عنوان يک فرد مورد مطالعه درپژوهش **" *............................ "*** شرکت نمايم .  کليه اطلاعاتي که از من گرفته مي شود ونيز نام من محرمانه باقي خواهد ماند ونتايج تحقيقات به صورت کلي ودرقالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر مي گردد ونتايج فردي درصورت نياز بدون ذکر نام ومشخصات فردي عرضه خواهد گرديد وهمچنين برائت پزشک يا پزشکان اين طرح را ازکليه اقدامات مذکور دربرگه اطلاعاتي درصورت عدم تقصير درارائه اقدامات اعلام مي دارم.  اين موافقت مانع ازاقدامات قانوني اينجانب درمقابل (نام واحد ذکر گردد) درصورتي که عملي خلاف وغير انساني انجام شود نخواهد بود.  **امضاء واثر انگشت فرد مورد پژوهش نام و نام خانوادگي وامضاء شاهد امضاء پژوهشگر** | | |