



کمیته دانشگاهی اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فرم رضایت آگاهانه برای مطالعات گزارش موردی

| | |
|--|---|
| | عنوان گزارش مورد: |
| | مجری اصلی / استاد راهنما / نویسنده مسئول: (نام و خانوادگی، درجه علمی، نام موسسه محل کار، شماره تماس و آدرس) |
| | جناب آقای / سرکار خانم (ولی قانونی) با امضای این فرم، شما اجازه می دهید که آقا / خانم از اطلاعات بیماری شما با عنوان برای تهیه و ارائه یک طرح پژوهشی / مقاله از نوع گزارش موردی استفاده نماید. طرحها/ مقالات گزارش موردی معمولاً برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات جدید تجربه شده توسط یک بیمار در طی مراقبتهای درمانی صورت گرفته بر روی وی که ممکن است برای سایر پزشکان و اعضای گروه درمانی نیز مفید باشد مورد استفاده قرار بگیرد. نتایج یک مطالعه گزارش موردی ممکن است برای اطلاع و مطالعه توسط دیگران، در مجلات و یا اینترنت منتشر شود و یا در کنفرانسها ارائه گردد. این فرم، هدف این مطالعه را شرح می دهد. لطفاً آن را به دقت بخوانید و نظراتان را به ما بگوئید و در صورت وجود هرگونه سوال، از تماس با اینجانب دریغ نورزید. |
| | هدف این مطالعه آنست که به سایر پزشکان و اعضای تیمهای پزشکی اطلاع داده شود که: (هدف اصلی مطالعه خود را به زبان بسیار ساده و بدون اصطلاحات علمی در کادر روبرو بنویسید) |
| ۱- ۲- ۳- ۴- ۵- | اطلاعاتی از شما / فرد تحت تکفل شما که در این مطالعه مورد استفاده قرار می گیرد شامل موارد روبرو بوده و آقا / خانم (نام مجری طرح یا استاد راهنمای مطالعه باید اینجا ذکر شود) موظف به حفظ اطلاعات شخصی شماست و اجازه انتشار و افشای آنها را ندارد (مثلاً اطلاعاتی درباره نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، شماره ثبت در بیمارستان). |
| به شما اطمینان می دهیم که اطلاعات فردی و شناسایی شما / فرد تحت تکفل شما در این مطالعه، تا حد امکان و با بیشترین اطمینان، منتشر نخواهد شد لیکن بعد از انتشار مقاله این گزارش، ممکن است بخشی از سیر اقدامات صورت گرفته بر روی بیماری شما / فرد تحت تکفل شما به اطلاع سایرین برسد. شما به طور مستقیم از شرکت در این مطالعه، نفعی نخواهید برد و حق الزحمه یا هدیه یا پولی دریافت نخواهید کرد اما اطلاعاتی که از بیماری شما / فرد تحت تکفل شما به سایر پزشکان و اعضای تیم های درمانی خواهد رسید ممکن است سطح خدماتی که در آینده به بیماران مشابه خواهد رسید ارتقاء پیدا کند. با موافقت با تهیه این مطالعه گزارش موردی، شما پولی پرداخت نخواهید کرد ضمن آنکه هیچ پول یا تخفیفی نیز دریافت نخواهید کرد. شرکت شما در این مطالعه، اختیاری است و هر وقت که مایل باشید می توانید از مطالعه خارج شوید. در هر حال، تصمیم شما هیچ تاثیری در میزان و نوع خدمات پزشکی که دریافت خواهید کرد نخواهد داشت. | |

به شما درباره هر یافته جدیدی که درباره بیماری شما / فرد تحت تکفل شما پیدا خواهد شد اطلاع رسانی خواهد شد. موافقت شما با اجرای این مطالعه به این معناست که شما موارد فوق را مطالعه کرده و با آن موافقت و همچنین اجازه دارید درباره چگونگی استفاده از داده های بیماری شما / فرد تحت تکفل شما در هر زمان بپرسید. ضمناً شما موافقت کردید که اطلاعات شما در این مطالعه مورد استفاده قرار بگیرد.

من: (نام و نام خانوادگی مشارکت کننده، بیمار یا ولی یا قیم وی) با امضای این فرم، تایید می کنم که:

۱- این مطالعه موردی به طور کامل برای من شرح داده شده است و تمام سوالات و ابهاماتم به طور کامل پاسخ داده شده است.

۲- از مزایا و خطرات این مطالعه آگاه هستم و با بکارگیری مشخصات بیماری ام / بیماری فرد تحت تکفلم موافقم.

۳- برای شرکت در این مطالعه، مجبور نشده ام.

۴- تمامی صفحات این فرم را مطالعه کرده ام.

۵- من اجازه دسترسی به اطلاعات زشکی خود / فرد تحت تکفل خود را داده ام.

۶- من با شرکت در این مطالعه موافقم.

تاریخ

نام و نام خانوادگی و امضای مشارکت کننده، بیمار یا ولی یا قیم وی

.....

.....

نام و امضای پژوهشگر (دانشجوی مربوطه/استاد راهنمای پایان نامه)

دانشکده..... گروه.....

تاریخ: