



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)
<p>جناب آقای / سرکار خانم (ولی قانونی)</p> <p>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.</p>	
	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- 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) ۲- ۳- باید اینجا ذکر شود) موظف به حفظ اطلاعات شخصی شماست و ۴- اجازه انتشار و افشای آنها را ندارد (مثلاً اطلاعاتی درباره نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، شماره ثبت در بیمارستان). ۵-	
<p>به شما اطمینان می دهم 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.</p> <p>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 بیمارارن مشابه خواهد رسید ارتقاء پیدا کند.</p> <p>با موافقت با تهیه این مطالعه گزارش موردی، شما پولی پرداخت نخواهید کرد ضمن آنکه هیچ پول یا تخفیفی نیز دریافت نخواهید کرد.</p> <p>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.</p>	

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: