



باسمه تعالی
فرم رضایت آگاهانه
شرکت در طرح پژوهشی

عنوان طرح پژوهشی	بصورت کامل درج شود
شماره طرح پژوهشی	بصورت کامل درج شود
نام مجری یا مجریان	بصورت کامل درج شود (در صورتیکه چند مجری وجود دارد نام کلیه مجریان باید قید گردد)
دانشکده یا واحد مربوطه	دانشکده / مرکز مجری بصورت دقیق وارد شود
معرفی پژوهش	در این قسمت باید طرح پژوهشیه زبان بسیار ساده و قابل فهم برای بیمار/قیمی قانونی توضیح داده شود و بیمار/قیمی قانونی بداند برای وی چه روش درمانی یا تشخیصی، چگونه و به چه مدت بکار برده می شود. (از ذکر واژگان تخصصی و لاتین خودداری گردد.)
خونگیری	در صورتیکه از بیمار در طی طرح پژوهشی خونگیری بعمل می آید در این قسمت میزان خون گرفته شده، دفعات خونگیری و دلیل این عمل باید بوضوح توضیح داده شود.
مزایا	در این قسمت فواید شرکت در پژوهش مورد نظر باید برای بیمار به زبان ساده و قابل فهم بیان شود.
خطرات	در این قسمت باید هرگونه Side effect ها و مضرات احتمالی روش انتخابی جهت تشخیص یا درمان بیماری فرد برای وی به زبان ساده و قابل فهم بیان شود.
جبران خطرات	در این قسمت باید مشخص گردد که جبران عوارض احتمالی روش تشخیصی یا درمانی جدید به عهده مجری یا مجریان طرح پژوهشیمی باشد و نحوه جبران خسارت نیز باید بصورت شفاف ذکر گردد.
هزینه	در این قسمت باید ذکر گردد که چنانچه در طرح پژوهشی اقدام تشخیصی یا درمانی غیر متعارف یا غیر ضروری انجام شود، هزینه به عهده مجری یا مجریان طرح خواهد بود و بیمار هزینه ای را پرداخت نخواهد کرد.
روشهای جایگزین	در این قسمت باید شرح داده شود که در صورت عدم پذیرش روش انتخابی پژوهشگر، بیمار از چه روشهای درمانی یا تشخیصی دیگر می تواند استفاده نماید.
محرمانه بودن	در این قسمت باید ذکر گردد که نتایج آزمایشها و روشهای به کار رفته به اطلاع بیمار خواهد رسید و این نتایج بصورت کاملاً محرمانه و صرفاً جهت مقاصد پژوهش به کار خواهد رفت و هویت بیمار در چارچوب قانون محرمانه خواهد ماند. همچنین قید این نکته که از نمونه های اخذ شده ممکن است در آینده نیز در تحقیقات دیگری استفاده شود ضروریست.
پاسخگویی به پرسشها	در این قسمت باید آدرس و شماره تلفن تماس مجری یا مجریان طرح در اختیار بیمار داده شود تا وی

<p>در هر زمانی که مایل بود بتواند پرسشهای خود را در مورد روشهای به کار رفته جهت تشخیص یا درمان وی یا بروز عوارض احتمالی آن روشها مطرح و مشاوره دریافت نماید.</p>	
<p>شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان که مایل بودم بدون آنکه تغییری در نحوه رفتار پزشک در مانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.</p>	<p>حق نپذیرفتن یا انصراف</p>
<p>ضمن تشکر از همکاری شما در این پروژه پژوهشی لطفاً هرگونه نظرات، پیشنهادات و یا مشکلاتی در پروسه انجام این تحقیق وجود داشته است با شماره تلفن ۰۲۱۲۲۶۸۶ دفتر کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز و یا با ایمیل researchethic@sums.ac.ir با ما در میان بگذارید. بدیهی است پیگیری موارد مطرح شده بصورت کاملاً محرمانه توسط کمیته اخلاق در پژوهش های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام می پذیرد.</p>	<p>اطلاع رسانی، پیشنهادات و پیگیری مشکلات</p>
<p>بیمار گرامی / شرکت کننده محترم : به اطلاع میرساند شما میتوانید با مراجعه به سایت مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به آدرس www.irct.ir از جزئیات بیشتری در رابطه با این مطالعه آگاهی یابید . شایان ذکر است کد ثبت این مطالعه در سایت پیشگفت به شرح زیر است . کد ثبت مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران :</p>	
<p align="center">((رضایت))</p> <p>اینجانب با آگاهی کامل از موارد فوق رضایت می دهم که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در این پژوهش شرکت نمایم. کلیه اطلاعاتی که از من گرفته می شود و نیز نام من محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج تحقیقات به صورت کلی و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر می گردد و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد گردید و همچنین براثت پزشک یا پزشکان این طرح را از کلیه اقدامات مذکور در برگیرنده اطلاعاتی در صورت عدم تقصیر در ارائه اقدامات اعلام میدارم. این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب درمقابل (نام واحد ذکر گردد) در صورتی که عملی خلاف و غیرانسانی انجام شود نخواهد بود.</p> <p>امضاء و اثر انگشت فرد مورد پژوهش نام و نام خانوادگی، شماره تماس و امضاء شاهد نام و نام خانوادگی و امضاء پژوهشگر (و یا قیم قانونی) شماره تماس ثابت: شماره تلفن همراه: تاریخ:</p>	

توضیحات:

- ۱- این فرم باید در سه نسخه تهیه شود، نسخه اول در محلی مطمئن بایگانی شود تا دستیابی به آن برای کنترل پایشگران یا کمیته اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی آسان شود، نسخه دوم آن در اختیار شرکت کننده در طرح قرار گیرد و نسخه سوم در پرونده بالینی ضمیمه گردد.
- ۲- اثر انگشت سبابه دست راست و در صورت عدم امکان اخذ آن، زیر اثر انگشت اخذ شده توضیح داده شود.
- ۳- سن قانونی بالای ۱۸ سال تمام می باشد.
- ۴- عقب ماندگان ذهنی افرادی هستند که نیاز به قیم و سرپرست دارند.