

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 پزشکی - بخش بیهوشی
	اهداف پژوهش	در این قسمت باید طرح پژوهشی به زبان بسیار ساده و قابل فهم برای بیمار/قیمی قانونی توضیح داده شود و بیمار/قیم 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.)
	نحوه همکاری مشارکت کنندگان در این مطالعه	بسته به پژوهش خود برای شرکت کنندگان به زبان ساده و قابل فهم و بدون استفاده از کلمات تخصصی و لاتین موارد زیر را توضیح دهید: اطلاعاتی که از آنها می پرسید / مداخله ای که بر روی آنها صورت می گیرد (در صورتی که مداخله درمانی یا دارویی هست اسم و نوع دارو و دوز مصرفی باید ذکر شود) / اقدامات پاراکلینیکی که بر روی آنها انجام می شود / چه نمونه ای و با چه حجمی و در چند نوبت از آنها می گیرید / همکاری در این پژوهش چه مدت طول می کشد و در این مدت چند نوبت باید مراجعه داشته باشند و با چه فواصلی و هر نوبت مراجعه چقدر وقت آنها را می گیرد / در فواصل مراجعه چه اقداماتی را باید انجام دهند و شما چه اقداماتی را برای پیگیری آنها انجام می دهید
	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 پژوهشی می باشد و نحوه جبران خسارت نیز باید بصورت شفاف ذکر گردد.
	هزینه	کلیه هزینه های پژوهش 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	کلیه 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. از نمونه های اخذ شده ممکن است در آینده نیز در تحقیقات دیگری استفاده شود.
	پاسخگویی به پرسشها	دفتر بخش بیهوشی - بیمارستان شهید فقیهی - تلفن: ۰۷۱۳۲۳۳۷۶۳۶
	حق نپذیرفتن یا انصراف	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 درمانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.
	اطلاع رسانی، پیشنهادات و پیگیری مشکلات	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 های ۳۲۱۲۲۳۸۹ یا ۳۲۱۲۲۴۳۸ دفتر کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز و یا با ایمیل researchethic@sums.ac.ir و یا فکس به شماره ۳۲۱۲۲۶۸۶ 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.
	بیمار گرامی / شرکت کننده محترم:	به اطلاع میرساند شما میتوانید با مراجعه به سایت مرکز ثبت کآزمایی بالینی ایران به آدرس www.irect.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 کار آزمایی بالینی ایران:
	((رضایت))	
	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 براءت پزشک یا پزشکان این طرح را از کلیه اقدامات مذکور در برهه اطلاعاتی در صورت عدم تقصیر در ارائه اقدامات اعلام میدارم. این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل (نام واحد ذکر گردد) در صورتی که عملی خلاف و غیرانسانی انجام شود نخواهد بود.	
	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: