



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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
فرم رضایت آگاهانه
شرکت در طرح پژوهشی

	عنوان طرح پژوهشی
	شماره طرح پژوهشی
	نام مجری یا مجریان
	دانشکده یا واحد مربوطه
	معرفی پژوهش
	خونگیری
	مزایا
	خطرات
	جبران خطرات
	هزینه
	روشهای جایگزین
	محرمانه بودن
	پاسخگویی به پرسشها
	حق نپذیرفتن یا انصراف
	اطلاع رسانی، پیشنهادات و پیگیری مشکلات

نتایج آزمایشها و روشهای به کار رفته به اطلاع شما خواهد رسید و این نتایج بصورت کاملاً محرمانه و صرفاً جهت مقاصد پژوهش به کار خواهد رفت و هویت شما در چارچوب قانون محرمانه خواهد ماند. همچنین از نمونه های اخذ شده ممکن است در آینده نیز در تحقیقات دیگری استفاده شود ضروریست. در صورت وجود هر گونه سؤال و یا موضوعی در خصوص این مطالعه می توانید از روز شنبه تا چهارشنبه در وقت اداری با مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت به شماره ۰۷۱۳۲۳۰۹۶۱۵ تماس برقرار نمایید.

شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهیم 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. ضمن تشکر از همکاری شما در این پروژه پژوهشی لطفاً هر گونه نظرات، پیشنهادات و یا مشکلاتی در پروسه انجام این تحقیق وجود داشته است با شماره تلفن ۲۱۲۲۶۸۶ دفتر ۳ کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز و یا با ایمیل researchethic@sums.ac.ir با ما

**در میان بگذارید. بدیهی است پیکیری موارد مطرح شده بصورت کاملاً محرمانه توسط
کمیته اخلاق در پژوهش های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام می پذیرد.**

((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 براثت پزشک یا پزشکان این طرح را از کلیه اقدامات مذکور در برگه 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.

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:

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.