باسمه تعالی

فرم رضایت آگاهانه

 شرکت در طرح پژوهشي

كميته دانشگاهي اخلاق در پ‍ژوهش هاي علوم پزشكي دانشگاه علوم پزشكي فسا

|  |  |
| --- | --- |
| عنوان طرح پژوهشی | بصورت كامل درج شود |
| شماره طرح پژوهشی  | بصورت كامل درج شود |
| نام مجری یا مجریان | بصورت كامل درج شود ( در صورتيكه چند مجري وجود دارد نام كليه مجريان بايد قيد گردد) |
| دانشکده یا واحد مربوطه | دانشكده / مركز مجري بصورت دقيق وارد شود |
| اهداف پژوهش  |  |
| نحوه ی همکاری مشارکت کنندگان در این مطالعه |  |
| خونگیری و نمونه گیری |  |
| مزایای احتمالی |  |
| خطرات احتمالی |  |
| نحوه ی جبران خطرات |  |
| هزینه |  |
| روشهای جایگزین شرکت در این مطالعه |  |
| محرمانه بودن |  |
| پاسخگویی به پرسشها |  |
| 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 پژوهشي لطفاً هرگونه نظرات، پیشنهادات و یا مشکلاتی در پروسه انجام این تحقیق وجود داشته است با شماره تلفن 53316300-071 دفتر کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی فسا در میان بگذارید. بدیهی است پیگیری موارد مطرح شده بصورت کاملاً محرمانه توسط کمیته اخلاق در پژوهش های دانشگاه علوم پزشکی فسا انجام می پذیرد.**  |
| **بيمار گرامي /شركت كننده محترم : به اطلاع ميرساند شما ميتوانيد با مراجعه به سايت مركز ثبت كاآزمايي باليني ايران به آدرس** [**www.irct.ir**](http://www.irct.ir) **از جزييات بيشتري در رابطه با اين مطالعه آگاهي يابيد .****شايان ذكر است كد ثبت اين مطالعه در سايت پيشگفت به شرح زير است .****كد ثبت مطالعه در مركز ثبت كار آزمايي باليني ايران :** |
|  **(( 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.این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب درمقابل (نام واحد ذکر گردد) درصورتی که عملی خلاف و غیرانسانی انجام شود نخواهد بود.**امضاء و اثرانگشت 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: |