



فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی

عنوان طرح پژوهشی	
شماره طرح پژوهشی	
نام مجری یا مجریان	
دانشکده یا واحد مربوطه	
معرفی پژوهش	
مزایا	
عوارض جانبی و خطرات و نحوه جبران آن	در این قسمت اثرات و عوارض جانبی و مضرات احتمالی روش انتخابی جهت تشخیص یا درمان بیماری فرد برای وی به زبان ساده و قابل فهم بیان شود و تأکید شود که جبران عوارض احتمالی روش تشخیصی یا درمانی جدید به عهده مجری یا مجریان طرح تحقیقاتی می باشد و نیز نحوه جبران خسارت باید ذکر گردد.
خونگیری	در صورتی که از بیمار در طی طرح تحقیقاتی خونگیری بعمل می آید، در این قسمت میزان خون گرفته شده و دلیل این عمل باید به وضوح توضیح داده شود.
روش های جایگزین	در این قسمت بایستی شرح داده شود که در صورت عدم پذیرش روش انتخابی پژوهشگر، بهار از چه روشهای درمانی تشخیصی دیگری می تواند استفاده نماید.
هزینه های مربوط به انجام طرح تحقیقاتی	در این قسمت باید ذکر گردد که هزینه های طرح تحقیقاتی به وسیله معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان تأمین می گردد و چنانچه در طرح تحقیقاتی اقدام تشخیصی یا درمانی غیرمستعارف یا غیرضروری انجام شود، هزینه به عهده مجری یا مجریان طرح خواهد بود و بیمار هزینه ای را پرداخت نخواهد کرد.
محرمانه بودن	نتایج آزمایش ها و روش های انجام شده، در صورت درخواست به اطلاع شرکت کننده خواهد رسید . این نتایج بصورت کاملاً محرمانه خواهد ماند و صرفاً جهت مقاصد پژوهش به کار خواهد رفت. هویت بیمار در چارچوب قانون محرمانه خواهد ماند.
پاسخگویی به پرسش ها	در این قسمت باید آدرس و شماره تلفن تماس مجری یا مجریان طرح در اختیار بیمار داده شود تا وی 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.
حق نپذیرفتن یا انصراف	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 درمانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.
رضایت (در صورت اورژانسی بودن وضع بیمار از ولی قانونی وی کسب گردد)	در هوشیاری کامل و شرایط بدون استرس و با توجه به اطلاعات موجود در این فرم و توضیحات حضوری مجری یا همکاران طرح، موافقت خود را جهت شرکت در این مطالعه اعلام می نمایم. یک نسخه از این فرم به من داده شده و فرصت خواندن آن را داشته ام.
اطلاع رسان ی، پیشنهادات و پیگیری مشکلات	ضمن تشکر از همکاری شما در این پروژه تحقیقاتی لطفاً هرگونه نظرات، پیشنهادات و مشکلاتی در پروسه انجام این تحقیق وجود داشته است با شماره تلفن ۰۳۴ - ۳۴۲۸۰۰۹۷ دفتر کمپته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و لی یا بایستی با vcrt@rums.ac.ir با ما در مکن بگذارید. بدیهی است پیگیری موارد مطرح شده بصورت کاملاً محرمانه توسط کمپته اخلاق در پژوهش های دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام می پذیرد.
نام و نام خانوادگی و امضای بیمار/ داوطلب سالم (یا قیم قانونی وی):	تاریخ: / / ۱۳
امضاء بیمار/ داوطلب سالم (یا قیم قانونی وی)	
اینجانب مجری/ مجرطن این طرح تحقیقاتی با آگاهی کامل از کلیه مفاد کدهای حفاظت آزمودری انسانی در پژوهش های علوم پزشکی که ۲۶ بند می باشد و الیوام به رعایت کامل کدهای مذکور، اقدام به انجام طرح تحقیقاتی فوق الذکر می نمایم و تاکی می نمایم که تضمین کننده رعایت این اصول همانا تقوا، احساس مسئولیت و تعهد اخلاقی اینجانب و همکاران خواهد بود.	
نام و نام خانوادگی و امضای پژوهشگر اصلی	
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 پزشکی آسان شود . نسخه دوم آن در اختیار شرکت کننده قرار گیرد. نسخه سوم به پرونده بالینی بیمار ضمیمه گردد.	
۲- اثر انگشت سیبانه دست راست و در صورت عدم امکان اخذ آن، زیر اثر انگشت توضیح داده شود.	
۳- سن قانونی بالای ۱۸ سال می باشد.	
۴- عقب ماندگان ذهنی لی بهاران دچار جنون مستمر لی ادواری افرادی هستند که نیاز به قیم و سرپرست دارند.	