بسمه تعالي

**نام واحد:**

**تاريخ تکميل:**

**فرم رضايت آگاهانه شرکت درطرح تحقيقاتي**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان طرح پژوهشي:**  | **نام مجري يا مجريان طرح:**  |
| **معرفي پژوهش** | درمورد بررسي................... ابتدا سوالاتي از شما پرسيده مي‌شود و در صورتي‌که شرايط ورود به مطالعه را داشتيد، تحقيق را با حضورتان ادامه خواهيم داد. مدت زمان اين تحقيق از زمان شروع مطالعه تا پایان مطالعه .......................مدت به طول خواهد انجامید. |
| **مزايا** | در اين تحقيق شما يکسري پرسشنامه در مورد .......................پر خواهيد کرد |
| **خطرات** |  |
| **جبران خطرات** |  |
| **نمونه گيري،دارودرماني يا ساير خدمات(ذکرشود)** |  |
| **محرمانه بودن** | نام شما در پرسشنامه ثبت نخواهدشد واطلاعات شما به صوت محرمانه نزد ما باقي مي‌ماند و فقط نتايج آن منتشر خواهد شد. |
| **پاسخگويي به پرسشها** | در صورتي‌که سوال يا مشکلي داشتيد مي‌توانيد آن را مطرح کنيد. علاوه براين مي‌توانيد با پژوهشگر با شماره ........................................................ تماس بگيريد. |
| **حق انصراف درخروج ازمطالعه** | شرکت من درمطالعه کاملاً اختياري است وآزاد خواهم بود که از شرکت درمطالعه امتناع نموده يا هرزمان مايل بودم بدون آنکه تغييري درنحوه رفتار پژوهشگر یا پزشک درمانگر يا نحوه درمان و مراقبت ازبيماري اينجانب ايجاد شود ازپژوهش مذکور خارج شوم. |
| **((رضايت))**اينجانب با آگاهي کامل ازموارد فوق رضايت مي دهم که به عنوان يک فرد مورد مطالعه درپژوهش ........................شرکت نمايم .کليه اطلاعاتي که از من گرفته مي‌شود و نيز نام من محرمانه باقي خواهد ماند و نتايج تحقيقات به صورت کلي و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر مي‌گردد ونتايج فردي درصورت نياز بدون ذکر نام و مشخصات فردي عرضه خواهد گرديد وهمچنين برائت پژوهشگر، پزشک يا پزشکان اين طرح را ازکليه اقدامات مذکور دربرگه اطلاعاتي درصورت عدم تقصير درارائه اقدامات اعلام مي‌دارم.اين موافقت مانع ازاقدامات قانوني اينجانب درمقابل دانشگاه ، بيمارستان ،پژوهشگر وکارمندان درصورتي که عملي خلاف وغير انساني انجام شود نخواهد بود.**نام و نام خانوادگي و امضاء سرپرست خانواده فرد مورد پژوهش** **شماره تماس****امضاء پژوهشگر** |