



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

معاونت تحقیقات و فناوری

فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی

عنوان طرح پژوهشی:		نام مجری یا مجریان طرح:	
تاریخ تکمیل فرم:			
تاریخ شروع مطالعه:			
مدت زمان کار آزمایشی:			
معرفی پژوهش		در این قسمت باید طرح تحقیقاتی به زبان بسیار ساده و قابل فهم برای بیمار توضیح داده شود و بیمار بداند برای وی چه روش درمانی یا تشخیصی، چگونه و به چه مدت به کار برده میشود.	
همکاران طرح پژوهشی، سمت و نوع فعالیت آن ها به تفکیک:			
نام و نام خانوادگی	تخصص	نوع فعالیت	تعداد دفعات مراجعه
مزایا		در این قسمت فواید شرکت در پژوهش مورد نظر باید برای بیمار به زبان ساده و قابل فهم بیان شود.	
جبران هزینه و صدمات احتمالی		هزینه های مزاد تحمیل شده به فرد شرکت کننده ناشی از انجام طرح در صورت بروز موارد بند قبل به عهده پزشک می باشد. گرامت آسیب ناشی از طرح تحقیقاتی و یا مداخله ناشی از طرح به عهده پزشک متخصص می باشد.	
نمونه گیری، دارو درمانی و سایر خدمات (ذکر شود)		در صورتیکه از بیمار در طی طرح تحقیقاتی نمونه گیری بعمل آید باید در این قسمت مثلا میزان، تعداد دفعاتی که خون گرفته خواهد شد و دلیل این عمل باید بوضوح توضیح داده شود ضمنا در صورتی که مجری در آینده می خواهد از مابقی نمونه استفاده نماید ذکر شود.	
محرمانه بودن		در این قسمت باید ذکر گردد که نتایج آزمایشها و روشهای به کار رفته به اطلاع بیمار خواهد رسید و این نتایج به صورت کاملا محرمانه و صرفا جهت مقاصد پژوهش به کار خواهد رفت و هویت بیمار در چارچوب قانون محرمانه خواهد ماند.	

<p>در این قسمت باید آدرس و تلفن تماس مجری یا مجریان طرح در اختیار بیمار قرار 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.</p>	<p>پاسخگویی به پرسشها</p>
<p>این جمله را باید بیمار بداند که شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهیم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان 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.</p>	<p>حق انصراف در خروج از مطالعه</p>
<p>(آیا والدین از بروز صدمه یا صدمات و یا عوارض ناخواسته احتمالی ناشی از تحقیق که نیازمند مراقبت بیشتری هستند مطلع می باشند)(توضیح کامل داده شود).</p>	<p>خطرات</p>
<p>دریافت هر گونه براثت نامه به منزله رضایت نامه آگاهانه (از بیمار یا والدین یا قیم قانونی) نمی باشد و هر گونه تخطی از این مساله باعث لغو طرح تحقیقاتی میگردد و در صورت بروز هر نوع صدمه یا صدمات ناشی از طرح به فرد شرکت کننده ، مجری از پرداخت طرح میرا نخواهد بود.</p> <p>((رضایت))</p> <p>اینجانب با آگاهی کامل از موارد فوق رضایت میدهم که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در پژوهش به سرپرستی شرکت نمایم .</p> <p>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 میگردد و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد گردید.</p> <p>امضاء واثر انگشت فرد مورد پژوهش یا والدین یا قیم قانونی</p> <p>نام و نام خانوادگی شاهد در هنگام اخذ رضایت نامه (غیر از افراد دخیل در پژوهش):</p> <p>امضاء پژوهشگر</p> <p>آدرس و شماره تماس بیمار حتما ذکر گردد</p>	