



## محتوای بخش اطلاعات فرم رضایت

**محقق در خصوص موارد زیر آگاهی لازم را به مورد آزمودنی ارائه نموده است:**

۱- این یک مطالعه تحقیقاتی است؛

۲- اهداف مورد نظر تحقیق چیست؛

۳- درمانهایی که در این کارآزمایی وجود دارد و اینکه افراد به طور تصادفی به هر یک از گروههای درمانی وارد می شوند؛

۴- تمام مراحل و مداخلاتی که در طی مطالعه انجام می شود؛

۵- تشریح خطرات قابل پیش بینی مطالعه برای شرکت کنندگان؛

۶- فواید احتمالی مطالعه برای شرکت کنندگان. اگر مطالعه فایده مستقیمی برای شرکت کنندگان ندارد، باید از این موضوع آگاه گردند؛

۷- سایر درمانهای موجود و فواید و خطرات هر یک از آنها؛

۸- غرامت و درمان صدماتی که در جریان مطالعه به فرد وارد می شود؛

۹- بازپرداخت مخارجی که شرکت کننده برای شرکت در مطالعه از جیب خود می پردازد؛

۱۰- در صورتیکه وجهی در قبال شرکت وی در مطالعه پرداخت میشود میزان و نحوه آن ذکر شده است؛

۱۱- شرکت در مطالعه داوطلبانه است و میتوانند از شرکت امتناع ورزد و یا هر زمان مایل بود از مطالعه خارج شود، بدون آنکه مشمول پرداخت جریمه گردند و یا از خدمات درمانی محروم شوند؛

۱۲- نگهداری محرمانه اطلاعات فرد شرکت کننده و اینکه در انتشار نتایج هویت افراد شرکت کننده محرمانه خواهد ماند؛

۱۳- فرد شرکت کننده، در طول مطالعه از اطلاعاتی که ممکن است بر تصمیم وی در مشارکت در مطالعه تاثیر بگذارد مطلع خواهد شد؛

۱۴- فرد یا افرادی که، شرکت کننده برای دانستن حقوق خود، کسب اطلاعات بیشتر و یا در موقع صدمه از مطالعه میتواند با وی تماس بگیرد؛

۱۵- دلایل یا شرایطی که در صورت وجود، همکاری شرکت کنندگان در مطالعه باید قطع شود؛

۱۶- طول تخمینی دوره همکاری شرکت کننده در مطالعه.



## فرم رضایت فرد مورد مطالعه در پژوهش

اینجانب / موکل / قیم با سرپرست قانونی ..... با آگاهی کامل از موارد فوق رضایت میدهم که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در پژوهش  
به سرپرستی ( ) 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  
میگردد و نتایج فردی در صورت نیاز بودن ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد گردید و همچنین براءت 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 در مقابل مجریان طرح در صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شود نخواهد بود.

نام و امضای مجری اصلی طرح تحقیقاتی

امضاء و اثر انگشت فرد مورد پژوهش / ولی / وکیل فرد

در صورت بروز هرگونه آسیب و مشکل با شماره تلفن ۰۸۶۳۳۴۱۲۵۰۱ معاونت علوم پزشکی دانشگاه تماس حاصل فرمایید.