

**معاونت تحقیقات و فناوری**

**دانشگاه علوم پزشکی زنجان**

**کارگروه اخلاق در پژوهش**

تاريخ تکميل:

**فرم رضايتنامه آگاهانه شرکت درطرح تحقيقاتي/پایان نامه**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان طرح پژوهشي:** | |
| **نام مجري يا مجريان طرح:** | |
| **معرفي پژوهش (شرح دقيق اجرا و اهداف طرح، روشهاي جايگزين درماني در مدت انجام طرح)** |  |
| **مزايا و فوائد احتمالي پژوهش** |  |
| **عوارض احتمالی شرکت در پژوهش** |  |
| **جبران هزينه ها (عدم تحميل هزينه اضافي)** |  |
| **نمونه گيري، دارودرماني يا ساير خدمات (ذکرشود)** |  |
| **محرمانه بودن** |  |
| **حق انصراف درخروج ازمطالعه** | شرکت شما در مطالعه کاملاً اختياري است و آزاد خواهید بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده و هر زمان مایل بودید بدون آنكه تغييري در نحوه رفتار پزشک/ درمانگر يا نحوه درمان شما ايجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوید.  **توجه :** محقق تعهد می نماید چنانچه آزمودنی دارویی خاصی دریافت کرده است و ممکن است عوارضی احتمالی در کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت ایجاد کند، محقق قبل از خروج فرد از مطالعه توضیحات لازم را ارائه نماید و اطمینان کامل به آزمودنی بدهدکه تحت نظر محقق در بازه زمانی معین خواهد بود. |

|  |
| --- |
| **مجری یا مدیر پروژه تأکید و تأیید می نماید نام و کليه اطلاعاتي که از شما/ موكلتان گرفته مي شود محرمانه باقي خواهد ماند و نتايج تحقيقات به صورت آماري و درقالب جداول و نمودار منتشر مي گردد و نتايج فردي درصورت نياز بدون ذکر نام و مشخصات فردي عرضه خواهد گرديد.**  **خانم/آقاي ................................ جهت پاسخ‌گويي معرفی شده تا هر وقت مشكلي يا سوالي در رابطه با شركت در پژوهش مذكور پيش آمد با ايشان در ميان بگذارید.**  **امضاء مدير پروژه :**  **امضاء استاد راهنما :**  **شماره تلفن مدير پروژه:**  **اينجانب /وكل/قيم يا سرپرست قانوني با آگاهي کامل ازموارد فوق رضايت مي دهم که به عنوان يک فرد مورد مطالعه در پژوهش .....** **به سرپرستي ........ شرکت نمايم / نمايد.**  **چنانچه طي اين تحقيق، عملي خلاف موارد مندرج در برگه اطلاعاتي انجام شود مانع ازاقدامات قانوني اينجانب عليه مجري / مجريان نخواهد بود. همچنين برائت پژوهشگر/پژوهشگران اين طرح را از کليه اقدامات مذکور در برگه اطلاعاتي درصورت عدم تقصير در ارائه اقدامات اعلام مي دارم.**  **امضاء و اثر انگشت فرد مورد پژوهش/ ولي/ وكيل فرد**      **در صورت بروز هرمشکلی می‌توانید با دبیرخانه کمیته اخلاق دانشگاه به شماره 33156144 -024تماس بگیرید.** |

***توضيحات*:**

1 - **اين فرم بايد در دو نسخه تهيه شود. نسخه اول نزد محقق باشد تا دستيابي به آن براي كنترل پايشگران يا كميته اخلاق پزشكي آسان شود. نسخه دوم آن در اختيار شركت كننده قرار گيرد.**

**2- اثر انگشت سبابه دست راست و در صورت عدم امكان اخذ آن، زير اثر انگشت توضيح داده شود.**

**3- سن قانوني بالاي 18 سال می باشد.**

**4- عقب ماندگان ذهني افرادي هستند كه نياز به قيم و سرپرست دارند.**