



بسمه تعالی

فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی

اینجانب

مجری طرح تحقیقاتی با عنوان "

" و

کد

موارد ذیل را در قبال همکاری شما در این پروژه تحقیقاتی متعهد می شوم:

- ۱- شرکت شما در این پژوهش کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این پژوهش نیستید.
 - ۲- به شما اطمینان داده می شود که اگر حاضر به شرکت نباشید، از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهید شد و رابطه درمانی شما با مرکز درمانی و پزشک معالج دچار اشکال نمی‌شود.
 - ۳- هیچگونه و آسیب و صدمه‌ای به سلامت جسمی، اخلاقی، روانی و حیثیت معنوی شما وارد نشود.
 - ۴- حریم خصوصی، هویت و مشخصات شخصی و خانوادگی شما مگر با رضایت شما مصون از هرگونه تعرض باشد.
 - ۵- اطلاعات شخصی اخذ شده از شما کاملاً محرمانه بوده و کلیه تدابیر و اقدامات مقتضی جهت جلوگیری از افشاء و یا انتشار آنها اتخاذ خواهد شد.
 - ۶- هر زمان که مایل باشید می توانید پس از اطلاع به مجری از ادامه همکاری انصراف دهید و خروج از پژوهش باعث محرومیت از دریافت خدمات درمانی معمول برای شما نخواهد شد. در صورت بروز، اینجانب (مجری طرح) مسئول آن خواهم بود.
 - ۷- اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندرکاران یا روند پژوهش دارید می‌توانید با کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گناباد به آدرس: گناباد، حاشیه جاده آسیایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، معاونت تحقیقات و فناوری، آقای دکتر محمدپور دبیر کمیته اخلاق دانشگاه تماس گرفته و مشکل خود را به صورت شفاهی یا کتبی مطرح نمایید.
 - ۸- مشارکت شما در این پژوهش هیچ گونه هزینه اضافه‌ای بر شما وارد نخواهد کرد.
- نحوه همکاری: (به زبان ساده و قابل فهم برای آزمودنی) نوشته شود:
- روش انجام این تحقیق به این قرار است که:

• بنابراین نحوه همکاری شما این گونه خواهد بود که:

- این فرم اطلاعات و رضایت آگاهانه در دو نسخه تنظیم شده و پس از امضا یک نسخه در اختیار شما و نسخه دیگر در اختیار مجری قرار خواهد گرفت.

نام و نشانی و تلفن و امضای فرد آزمودنی:

نشانی مجری:

امضای مجری:

شماره تلفن مجری:

اینجانب مفاد این فرم رضایت را مطالعه کردم و مطالب آن برایم تفهیم شد؛ بنابراین شرکت داوطلبانه خود را در این تحقیق به عنوان آزمودنی اعلام می دارم.

نام و نام خانوادگی آزمودنی:

امضای آزمودنی: