

نام واحد:
تاریخ تکمیل:

بسمه تعالی

نام آزمودنی:
آدرس و شماره تماس آزمودنی

فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی

عنوان طرح پژوهشی:	نام مجری یا مجریان طرح:
معرفی پژوهش	
مزایا	
خطرات	
جبران خطرات	
نمونه گیری، دارودرمانی یا سایر خدمات (ذکر شود) محرمانه بودن	
پاسخگویی به پرسشها	
حق انصراف در خروج از مطالعه	شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهم 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 align="center">((رضایت))</p> <p>اینجانب با آگاهی کامل از موارد فوق رضایت میدهم که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در پژوهش به سرپرستی کلیه اطلاعاتی که از من گرفته میشود 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 و همچنین برائت پزشک یا پزشکان این طرح را از کلیه اقدامات مذکور در برگه اطلاعاتی در صورت عدم تقصیر در ارائه اقدامات اعلام میدارم.</p> <p>این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل (نام واحد ذکر گردد) در صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شود نخواهد بود.</p>	
امضاء و اثر انگشت فرد مورد پژوهش	نام و نام خانوادگی و امضاء شاهد
آدرس و شماره تماس بیمار حتما ذکر گردد:	امضاء پژوهشگر