



فرم رضایت آگاهانه
شرکت در طرح تحقیقاتی/پایان نامه
معاونت پژوهش و فناوری – دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد

عنوان طرح پژوهشی/پایان نامه	
نام مجری/مجریان/دانشجو	
رشته/دانشکده	
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 بکار برده می شود.
مداخله (procedure)	در صورتی که از بیمار در طی طرح تحقیقاتی مداخله ای بر آزمون (مانند خونگیری، جراحی، آندوسکوپی و ...) به عمل می آید در این قسمت شرح مداخله و دلیل این عمل باید بوضوح توضیح داده شود.
مزایا	در این قسمت فواید شرکت در پژوهش مورد نظر باید برای بیمار به زبان ساده و قابل فهم بیان شود.
خطرات	در این قسمت side effect ها و مضرات احتمالی روش انتخابی جهت تشخیص یا درمان بیماری فرد برای وی به زبان ساده و قابل فهم بیان شود.
جبران خطرات	در این قسمت باید مشخص گردد که جبران عوارض احتمالی روش تشخیصی یا درمانی جدید به عهده مجری یا مجریان طرح تحقیقاتی می باشد و نحوه جبران خسارت نیز باید ذکر گردد.
هزینه	در این قسمت باید ذکر گردد که چنانچه در طرح تحقیقاتی اقدام تشخیصی یا درمانی غیر متعارف یا غیر ضروری انجام شود، هزینه به عهده مجری یا مجریان طرح خواهد بود و بیمار هزینه ای را پرداخت نخواهد کرد.
روش های جایگزین	در این قسمت باید شرح داده شود که در صورت عدم پذیرش روش انتخابی پژوهشگر بیمار از چه روش های درمانی یا تشخیصی دیگر می تواند استفاده کند.
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 کاملاً محرمانه و صرفاً جهت مقاصد پژوهش به کار خواهد رفت و هویت بیمار در چارچوب قانون محرمانه خواهد ماند.
پاسخگویی به پرسش ها	در این قسمت باید آدرس و شماره تماس مجری یا مجریان طرح در اختیار بیمار ده شود تا وی در هر زمانی که مایل بود بتواند پرسش های خود را در مورد روش های به کار رفته جهت تشخیص یا درمان وی یا بروز عوارض احتمالی آن روش ها مطرح و مشاوره دریافت نماید.
حق نپذیرفتن یا انصراف	شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان که مایل بودم که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان که 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.
رضایت	با توجه به اطلاعات موجود در این فرم و توضیحات حضوری مجری یا همکاران طرح موافقت خود را با شرکت در این مطالعه اعلان می نمایم. یک نسخه از این فرم به من داده شده و فرصت خواندن آن را داشته ام.
نام و نام خانوادگی بیمار/داوطلب سالم (یا قیم قانونی وی) و امضاء: / تاریخ: / /	
امضاء پژوهشگر	