

باسمه تعالی  
**فرم رضایت آگاهانه**  
**شرکت در طرح پژوهشی**

<b>عنوان طرح پژوهشی</b>	طراحی سیستم ثبت ندول ها و کارسینومهای ديفرانسیه تيروئيد
<b>شماره طرح پژوهشی</b>	بصورت کامل درج شود
<b>نام مجری یا مجریان</b>	دکتر مجید ولی زاده- دکتر شهرام علمداری
<b>دانشکده یا واحد مربوطه</b>	پژوهشکده علوم غدد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
<b>معرفی پژوهش</b>	در این طرح تمام روند درمانی معمول شما که معمولاً برطبق راهنماهای بالینی معتبر و تجربه اساتید متبحر صورت می گیرد ثبت می شود. هیچگونه انحرافی از پروتکل های معمول درمانی اتفاق نمی افتد. یعنی با توجه به ویژگی های گره تیروئید شما درصورت لزوم از آن نمونه برداری سوزنی انجام خواهد شد و متعاقباً درصورت نیاز پیگیری فعال ( معمولاً در بیش از ۹۰ درصد موارد) یا توصیه به عمل جراحی (در کمتر از ۱۰ درصد موارد) خواهد شد و اطلاعات پیگیری در مراجعات بعدی نیز در سامانه ثبت خواهد شد.
<b>خونگیری</b>	خونگیری درصورت نیاز طبق پروتکل های معمول درمانی خواهد بود بدین معنی که در ابتدا برای ارزیابی اولیه عملکرد تیروئید شما آزمایش های لازم از جمله اندازه گیری TSH انجام خواهد شد. همچنین در طی پیگیری برای ارزیابی عملکرد مجدد تیروئید درصورت لزوم یا تنظیم مقدار دارو آزمایش ها درخواست خواهند شد.
<b>مزایا</b>	با توجه به ثبت اطلاعات شما در سامانه نیاز به نگهداری پرونده کاغذی و احتمال گم شدن آن از بین می رود. همچنین باتوجه به ثبت اطلاعات شما در سامانه مدارک آزمایشگاهی و اطلاعات بالینی بصورت مطمئن محفوظ خواهد ماند.
<b>خطرات</b>	در این قسمت <b>باید هرگونه Side effect</b> ها و مضرات احتمالی روش انتخابی جهت تشخیص یا درمان بیماری فرد برای وی به زبان ساده و قابل فهم بیان شود.
<b>جبران خطرات</b>	هیچ روش درمانی یا تشخیصی جدیدی فراتر از اقدامات درمانی معمول و استاندارد برای شما امتحان نخواهد شد.
<b>هزینه</b>	با توجه به موارد گفته شده در بالا هزینه اضافی برای بیمار ایجاد نخواهد شد.
<b>روشهای جایگزین</b>	درصورت عدم رضایت بیمار اطلاعات بصورت روتین در پرونده کاغذی ثبت خواهد شد.
<b>محرمانه بودن</b>	نتایج آزمایشها و روشهای به کار رفته به اطلاع بیمار خواهد رسید و این نتایج بصورت کاملاً محرمانه و صرفاً جهت مقاصد پژوهش به کار خواهد رفت و هویت بیمار در چارچوب قانون محرمانه خواهد ماند. از نمونه های پاتولوژی اخذ شده ممکن است در آینده در تحقیقات دیگری استفاده شود ضروریست.
<b>پاسخگویی به پرسشها</b>	با توجه به حضور اعضا تیم در بیمارستان و بخش غدد درصورت لزوم پاسخگویی انجام خواهد شد. ولی

<p>همانطور که گفته شد هیچ برنامه تشخیصی یا درمانی غیراستانداردی استفاده نخواهد شد. تلفن: ۲۳۰۳۱۶۲۳</p>	
<p>شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان که مایل بودم بدون آنکه تغییری در نحوه رفتار پزشک در مانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.</p>	<p><b>حق نپذیرفتن یا انصراف</b></p>
<p><b>ضمن تشکر از همکاری شما در این پروژه پژوهشی لطفاً هرگونه نظرات، پیشنهادات و یا مشکلاتی در پروسه انجام این تحقیق وجود داشته است با شماره تلفن ۲۳۰۳۱۶۲۳ و یا با ایمیل <a href="mailto:sakhavand.s@gmail.com">sakhavand.s@gmail.com</a> با ما در میان بگذارید.</b></p>	<p><b>اطلاع رسانی، پیشنهادات و پیگیری مشکلات</b></p>
<p align="center"><b>(( رضایت ))</b></p> <p>اینجانب ..... با آگاهی کامل از موارد فوق رضایت می دهم که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در این پژوهش 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 می گردد 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. این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب درمقابل (نام واحد ذکر گردد) در صورتی که عملی خلاف و غیرانسانی انجام شود نخواهد بود.</p> <p>امضاء و اثر انگشت فرد مورد پژوهش      نام و نام خانوادگی، شماره تماس و امضاء شاهد      نام و نام خانوادگی و امضاء پژوهشگر</p> <p align="right">(و یا قیم قانونی)</p> <p align="right">شماره تماس ثابت:</p> <p align="right">شماره تلفن همراه:</p> <p align="right">تاریخ:</p>	

**توضیحات:**

- ۱- این فرم باید در سه نسخه تهیه شود، نسخه اول در محلی مطمئن بایگانی شود تا دستیابی به آن برای کنترل پایشگران یا کمیته اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی آسان شود، نسخه دوم آن در اختیار شرکت کننده در طرح قرار گیرد و نسخه سوم در پرونده بالینی ضمیمه گردد.
- ۲- اثر انگشت سبابه دست راست و در صورت عدم امکان اخذ آن، زیر اثر انگشت اخذ شده توضیح داده شود.
- ۳- سن قانونی بالای ۱۸ سال تمام می باشد.
- ۴- عقب ماندگان ذهنی افرادی هستند که نیاز به قیم و سرپرست دارند.