



مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و
بیماریهای ریوی دکتر مسیح دانشوری

شماره بازنگری: 1

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۶/۷/۲۹

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۶/۸/۶

بسمه تعالی

بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

عنوان: فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

کد مدرک MD-508

صفحه ۱ از ۲

عنوان طرح:		تاریخ تصویب:	
محل اجرا: بیمارستان مسیح دانشوری	مستول پژوهش موسسه :	تلفن تماس:	مشخصات مجری
			نام و نام خانوادگی
			تلفن تماس
			آدرس
هدف و زمینه	اگر با شرکت در مطالعه موافقت کنم موارد زیر پیش خواهد آمد:		
روش ها	۱- ۲- ۳- ۴- ۵- ۶- ۷-		
مزایا	ممکن است هیچ فایده مستقیمی از شرکت در مطالعه عاید من نشود. کلیه آزمایشات، تصویر برداری متعدد را بصورت رایگان در یافت می نمایم .		
خطرات			



مرکز آموزشی، پژوهشی، درمانی سل و
بیماریهای ریوی دکتر مسیح دانشوری

شماره بازنگری: 1

تاریخ آخرین بازنگری: ۹۶/۷/۲۹

تاریخ آخرین ابلاغ: ۹۶/۸/۶

بسمه تعالی

بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

عنوان: فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

کد مدرک MD-508

صفحه: ۲ از ۲

<p>باز پرداخت هزینه</p>	<p>در صورتیکه در اثر شرکت در این مطالعه آسیب ببینم، هزینه درمان توسط مرکز آموزشی - پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی پرداخت خواهد شد. کلیه هزینه های رفت و آمد که به منظور انجام معاینات و شرکت در مطالعه طبق تعریف مشخص به من داده خواهد شد. برای اطلاعات بیشتر راجع به این امر می توانم با معاونت پژوهش با شماره تلفن: ۲۷۱۲۲۰۰۹ و یا پست الکترونیک research-nritld@sbmu.ac.ir تماس بگیرم.</p>
<p>روشهای جایگزین</p>	
<p>محرمانه بودن</p>	<p>نتایج تمامی آزمایشهای مطالعه با من در میان گذاشته می شود و در صورت درخواست در اختیار من قرار می گیرد. تمام اطلاعات بدست آمده در این مطالعه محرمانه تلقی شده و تنها جهت مقاصد پژوهشی بکار خواهد رفت. هویت من تا آنجا که قانون اجازه می دهد محرمانه خواهد ماند.</p>
<p>پاسخگویی به پرسشها</p>	<p>همکار طرح این اطلاعات را با من درمیان گذاشته و حاضر شد که به پرسشهای من پاسخ گوید. اگر سوال بیشتری داشته باشم می توانم با تلفن: _____ با وی یا با تلفن: _____ تماس بگیرم. با مجری طرح: _____</p>
<p>حق نپذیرفتن یا انصراف</p>	<p>شرکت من در مطالعه کاملا اختیاریست و آزاد خواهم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان بدون آنکه تاثیری بر مراقبت پزشکی آینده من داشته یا آنرا به مخاطره اندازد، شرکت خود را قطع نمایم.</p>
<p>رضایت</p>	<p>من موافقت خود را با شرکت در این مطالعه اعلام می نمایم. یک نسخه از این فرم به من داده شده و فرصت خواندن آنرا داشته ام.</p>
<p>نام و نام خانوادگی: _____ امضا: _____</p> <p>تاریخ: _____ امضا پزشک یا مجری: _____</p>	