

فرم رضایت آگاهانه بیماران
جهت شرکت در برنامه ثبت سارکوئیدوز

آقا/خانم محترم

از شما دعوت می شود تا در برنامه ملی ثبت سرطان شرکت نمائید. ما اهمیت این پروژه را باور داریم، با این حال قبل از آنکه شما تصمیم خود را اعلام نمائید باید مطمئن شویم که هدف از انجام این پژوهش و منافع شرکت در طرح را می دانید لطفاً متن زیر را با دقت بخوانید هر سوالی که دارید بپرسید.

اینجانب شخصاً (یا به نمایندگی از سوی بعنوان ولی/قیم/وکیل) رضایت خود را مبنی بر شرکت خود یا (موکل/فرد تحت قیمومیت) در این برنامه اعلام نموده و موارد زیر مورد تأیید من می باشد:

- ۱- برنامه ملی ثبت سرطان در بیمارستان مسیح دانشوری مورد تأیید دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و توسط آقای دکتر امامی با هدف جمع آوری اطلاعات مربوط به بیماران برای فعالیت های درمانی و پژوهشی و همچنین خدمت رسانی به بیماران اجرا خواهد شد.
- ۲- روش انجام پژوهش برای من شرح داده شد ضمناً مجری یادآور شدند که در صورت اعلام عدم تمایل به همکاری در این برنامه رابطه درمانی من با مرکز درمانی و پزشک معالج دچار اشکال نخواهد شد و مجری مرا از فهرست درمانهای من در خصوص بیماری من مطلع می گرداند.
- ۳- اینجانب از اثرات مثبت و منفی احتمالی پژوهش مذکور که توسط مجری برای من شرح داده شده کاملاً مطلع شدم.
- ۴- اینجانب می دانم که اطلاعات مربوط به من اعم از اطلاعات شخصی و آنچه مربوط به بیماری یا روش درمانی مذکور می شود صرفاً نزد محقق ارشد قرارداد و این محقق به هیچ عنوان اجازه انتشار اطلاعات شخصی من را مگر با اجازه کتبی من ندارد و فقط نتایج کلی و گروهی این تحقیق را می توانند به صورت مقاله ، گزارش و از این قبیل منتشر نمایند.
- ۵- مجری آدرس و شماره تماس خود که (تهران-خیابان شهید باهنر، دارآباد بیمارستان مسیح دانشوری، ۲۷۱۲۲۱۳۷) می باشد در اختیارم گذاشته تا در صورتی که مشکلی یا سوالی در رابطه با شرکت خود (موکل/فرد تحت قیمومیت) در پژوهش مذکور پیش آمد با ایشان در میان بگذارم و راهنمایی بخواهم یا از آخرین اطلاعات در خصوص بیماری و یا روش درمانی خود در حین مطالعه مطلع گردم.
- ۶- مجری به من (موکل/فرد تحت قیمومیت) تفهیم کردند که در طول انجام پژوهش در بازه های زمانی منظم و مقرر جهت پیگیری به مرکز درمانی مسیح دانشوری. مراجعه نمایم .

نام و نام خانوادگی بیمار و امضاء

ده مورد متن رضایت نامه و نکات مندرج در ذیل مورد تأیید اینجانب می باشد.

اینجانب پرسنل/عضو هیأت علمی دانشگاه رضایت نامه فوق را در اختیار آقای /خانم گذاشته و در تاریخ تحویل اینجانب گردید و به تمام مفاد آن متعهد هستم و خود را ملزم به اجرای مفاد آن می دانم ضمناً متعهد می گردم در صورت بروز یا احتمال بروز هر مشکلی برای بیمار آنچه صلاح وی باشد انجام دهم.

ده مورد متن رضایت نامه و نکات مندرج در ذیل مورد تأیید اینجانب می باشد.

مهر و امضای پژوهشگر مسئول / ارشد