

پیوست ۱- رضایت نامه آگاهانه شرکت در مطالعه:

عنوان طرح پژوهشی	بررسی آینده نگر جراحی چاقی
مجربان	دکتر مریم برزین - دکتر علیرضا خلج - دکتر فرهاد حسین پناه
دانشگاه ها	دانشگاه علوم پزشکی شاهد - پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم
معرفی پژوهش	دانشگاه علوم پزشکی شاهد و مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در اجرای طرح مطالعه درمان چاقی تهران، در نظر دارد تا به منظور تشخیص زودرس عوارض ناشی از آن و تعیین اثر آن بر کاهش وزن، تمام افرادی را که تحت این عمل جراحی قرار گرفته اند را تا پایان عمر پیگیری نماید و بطور سالیانه بررسی های لازم را به عمل آورد.
خونگیری	از تمامی افراد ۱۰ میلی لیتر خون وریدی اخذ شده و آزمایشات لازم بر روی سرم جدا شده انجام می گردد و علاوه بر این برای هر فرد یک نمونه از گلبول های سفید تهیه و ذخیره می شود که برای انجام آزمایش های ژنتیکی و DNA استفاده خواهد شد.
مزایا	شرکت در این طرح علاوه بر اینکه بدلیل مراجعه سالیانه شما به کلینیک یا مطب با انجام آزمایشات و معاینه کامل توسط پزشک، به بررسی سلامت شما و روند کاهش وزنتان کمک میکند، می تواند با کمک به تحقیقات در بررسی مقایسه ای مفاید و مضرات انواع روش های جراحی چاقی و راهکار های پیشگیری از عوارض احتمالی این روش ها کمک نماید.
خطرات	یکی از خطرات احتمالی می تواند نتیجه خونگیری باشد که می تواند منجر به درد و سوزش ناچیز در محل خونگیری باشد
جبران خطرات	جبران عوارض احتمالی روش جراحی به عهده گروه جراحی طرح تحقیقاتی می باشد.
هزینه	چنانچه در طرح تحقیقاتی اقدام تشخیصی یا درمانی غیر متعارف یا غیر ضروری انجام شود، هزینه به عهده مجری یا مجربان طرح خواهد بود و بیمار هزینه ای را پرداخت نخواهد کرد.
محرمانه بودن	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.
پاسخگویی به پرسشها	در هر زمانی که مایل باشید می توانید با شماره تلفن ..... تماس بگیرید و پرسشهای خود را در مورد روشهای به کار رفته جهت تشخیص یا درمان وی یا بروز عوارض احتمالی آن روشها مطرح و مشاوره دریافت نمایید.
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 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 اعلام می نمایم. یک نسخه از این فرم به من داده شده و فرصت خواندن آن را داشته ام.
امضاء پژوهشگران:	نام و نام خانوادگی بیمار / داوطلب سالم: .....
دکتر خلج:	نام پدر: ..... متولد: ...../...../۱۳.....
دکتر حسین پناه:	
دکتر برزین:	امضاء: تاریخ: / / ۱۳