

## رضایت نامه شرکت در نظام ثبت بیماران مبتلا به دیسپلازی برونکوپولمونری

آقای/ خانم محترم

بدین وسیله از شما جهت شرکت در طرح پژوهشی نظام ثبت بیماران مبتلا به دیسپلازی برونکوپولمونری دعوت به عمل می‌آید. اطلاعات مربوط به این پژوهش در این برگه خدمتتان ارائه شده است و شما برای شرکت یا عدم شرکت در این پژوهش آزاد هستید.

شما مجبور به تصمیم‌گیری فوری نیستید و برای تصمیم‌گیری در این باره می‌توانید سوالات خود را از تیم پژوهشی بپرسید و با هر فردی که مایل باشید مشورت نمایید. قبل از امضای این رضایت نامه مطمئن شوید که متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده‌اید و به تمام سوالات شما پاسخ داده شده است.

### مجری طرح نظام ثبت بیماران مبتلا به دیسپلازی برونکوپولمونری

- من می‌دانم که شرکت من در این نظام ثبت بیماران مبتلا به دیسپلازی برونکوپولمونری کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این طرح پژوهشی نیستم.
    - به من اطمینان داده شد که اگر حاضر به شرکت و یا ادامه حضور در این طرح نباشم، از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد و رابطه درمانی من با مرکز درمانی و پزشک معالجم دچار اشکال نمی‌شود.
  - من می‌دانم که حتی پس از موافقت با شرکت در نظام ثبت بیماران مبتلا به دیسپلازی برونکوپولمونری می‌توانم هر وقت که بخواهم، پس از اطلاع به مجریان طرح، از نظام ثبت بیماران مبتلا به دیسپلازی برونکوپولمونری خارج شوم و خروج من از طرح باعث محرومیت از دریافت خدمات درمانی معمول نخواهد شد.
  - نحوه همکاری بنده در طرح بصورت ثبت اطلاعات بیماری فعلی و همکاری با مجریان در خصوص برنامه‌های ویزیت پیگیری بیماری و پاسخدهی حضوری و تلفنی در خصوص ایجاد علائم جدید و عود بیماری و پروسه‌های تشخیصی و درمانی مرتبط با آن و بستری مجدد است
  - منافع احتمالی بنده در طرح طبق توضیحات ارائه شده توسط مجریان، شامل برخورداری از مراقبت‌های پزشکی تخصصی و فوق تخصصی و جراحی و پرستاری و بهره‌مندی از نتایج پژوهشی طرح که در روند پیشگیری و تشخیصی و درمان بیماری کمک کننده باشد.
  - آسیب و عارضه احتمالی برای بیمار من بدنبال شرکت در این طرح طبق توضیحات ارائه شده توسط مجریان وجود ندارد.
  - در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه روش معمول درمانی برای من ارائه خواهد شد که شامل خطرات و عوارض و فواید ....
۱. خانم / آقای .... جهت پاسخگویی به اینجانب معرفی شد و به من گفته شد تا هر وقت مشکلی یا سوالی در رابطه با شرکت در طرح مذکور پیش آمد با ایشان در میان بگذارم و راهنمایی بخواهم. آدرس و شماره تلفن ثابت و همراه ایشان به شرح به من ارائه شد:

• آدرس:

• تلفن ثابت: .....

• تلفن همراه: .....

۲. من می‌دانم که اگر در حین و بعد از انجام مراحل مطالعه هر مشکلی اعم از جسمی و روحی به علت شرکت در این طرح برای من پیش آمد می‌توانم، بصورت کاملا اختیاری و با اطلاع به مجریان نظام ثبت بیماران مبتلا به دیسپلازی برونکوپولمونری از طرح خارج شوم.

۳. من می‌دانم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به عملکرد دست اندرکاران نظام ثبت بیماران مبتلا به دیسپلازی برونکوپولمونری برایم پیش آید، می‌توانم با مجریان طرح در مرکز تحقیقات سلامت نوزادان واقع در بیمارستان کودکان مفید تماس گرفته و مشکل خود را به صورت شفاهی یا کتبی مطرح نمایم.

۴. این فرم اطلاعات و رضایت آگاهانه در دو نسخه تنظیم شده و پس از امضا یک نسخه در اختیار من و نسخه دیگر در اختیار مجری قرار خواهد گرفت.

اینجانب موارد فوق‌الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در نظام ثبت بیماران مبتلا به دیسپلازی برونکوپولمونری اعلام می‌کنم.

امضای شرکت کننده

اینجانب ..... خود را ملزم به اجرای تعهدات مربوط به مجری در مفاد فوق دانسته و متعهد می‌گردم در تأمین حقوق و ایمنی شرکت کننده در این پژوهش تلاش نمایم.

مهر و امضای مجری طرح نظام ثبت بیماران مبتلا به دیسپلازی برونکوپولمونری