

## رضایت نامه شرکت در نظام ثبت نوزادان با وزن کم زمان تولد

آقای/ خانم محترم

بدین وسیله از شما جهت شرکت در طرح پژوهشی فوق الذکر 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 نوزادان با وزن کم زمان تولد

- من می‌دانم که شرکت من در این نظام ثبت نوزادان با وزن کم زمان تولد 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 نوزادان با وزن کم زمان تولد می‌توانم هر وقت که بخواهم، پس از اطلاع به مجریان طرح، از نظام ثبت نوزادان با وزن کم زمان تولد خارج شوم و خروج من از طرح باعث محرومیت از دریافت خدمات درمانی معمول برای من نخواهد شد.
  - نحوه همکاری بنده در طرح صورت ثبت اطلاعات بیماری فعلی و همکاری با مجریان در خصوص برنامه‌های ویزیت پیگیری بیماری و پاسخدهی حضوری و تلفنی در خصوص ابتلاء به بیماریهای جدید 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 پرستاری و بهره‌مندی از نتایج پژوهشی طرح که در روند پیشگیری و تشخیصی و درمان بیماری من کمک کننده باشد.
  - آسیب و عارضه احتمالی برای 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 می دانم 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 می توانم، بصورت کاملا اختیاری و با اطلاع به مجریان نظام ثبت بیماری نوزادان با وزن کم تولد از طرح خارج شوم.

۳. من می دانم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به عملکرد دست اندرکاران نظام ثبت نوزادان با وزن کم تولد برایم پیش آید، می توانم 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 فوق الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در نظام ثبت نوزادان با وزن کم تولد اعلام می کنم.

امضای شرکت کننده

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

مهر و امضای مجری نظام ثبت نوزادان با وزن کم تولد