

به نام خدایی که شفا از اوست

رضایت نامه شرکت در طرح:

ثبت عوارض واکسن ب ث ژ در کودکان

آقا/ خانم محترم

بدین وسیله از شما جهت شرکت در پژوهش فوق الذکر دعوت به عمل می آید. 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 تصمیم گیری فوری نیستید و برای تصمیم گیری در این باره می توانید سوالات خود را از تیم پژوهشی بپرسید و با هر فرد صاحب نظری که مایل باشید مشورت نمایید. قبل از امضای این رضایت نامه مطمئن شوید که به نحو کافی و مناسب متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده اید و به تمام سوالات شما پاسخ داده شده است.

مجری طرح

۱. من آگاه شدم که اهداف این پژوهش عبارتند از:

بررسی و شناسایی فراوانی طیف عوارض واکسن ب ث ژ بر اساس نوع سویه واکسن

۲. من آگاه شدم که شرکت من در این پژوهش کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این پژوهش نیستم. به من اطلاع داده شد که اگر حاضر به شرکت در پژوهش نباشم، از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد. رابطه درمانی من با مرکز درمانی و کادر پزشکی دچار اشکال نشده و روشهای معمول درمان برای من ادامه پیدا خواهد کرد.

۳. نحوه همکاری اینجانب در این پژوهش به این صورت است:

بررسی و پیگیری عوارض واکسن BCG در کودکان بعد از تزریق واکسن

۴. منافع احتمالی شرکت اینجانب در این مطالعه به این شرح است:

بررسی عوارض جانبی احتمالی واکسن BCG، ویزیت پزشک و پیگیری

۵. آسیب ها و عوارض احتمالی شرکت در این مطالعه به این شرح است:

در این طرح در صورت نیاز و ایجاد عوارض جانبی نیاز به نمونه گیری می باشد

۶. من آگاه شدم که دست اندرکاران این پژوهش، کلیه اطلاعات مربوط به من را نزد خود به صورت محرمانه نگه داشته و فقط اجازه دارند نتایج کلی و گروهی این پژوهش را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند.

۷. من آگاه شدم که هیچ یک از هزینه های انجام مداخلات پژوهشی به شرح ذیل بر عهده من نخواهد بود:

هزینه ای در ارتباط با اجرای طرح به مراجعه کننده تحمیل نخواهد شد

۸. من آگاه شدم که چنانچه در فرآیند پژوهش تغییری حاصل گردد که بر سلامت و تصمیم گیری من جهت تداوم شرکت در طرح تاثیرگذار باشد به اطلاع رساننده خواهد شد.
۹. من آگاه شدم که مجریان نتایج حاصل از این طرح را پس از اتمام مراحل انجام پژوهش به اطلاع من خواهند رساند.
۱۰. خانم دکتر کسانا منصور قناعی بعنوان مجری طرح جهت پاسخگویی به اینجانب معرفی گردیدند و به من گفته شد هر وقت مشکل، سوال یا عوارض ناخواسته ای در زمینه شرکت در پژوهش مذکور پیش آمد با ایشان در میان بگذارم و راهنمایی بخواهم.

تلفن ثابت: ۰۲۱۲۲۲۶۹۴۱

آدرس: مرکز تحقیقات عفونی اطفال بیمارستان کودکان مفید

لذا بدینوسیله اینجانب فرزند با شماره شناسنامه و کد ملی
با توجه به موارد بالا و کسب آگاهی کافی، مراتب رضایت آگاهانه و داوطلبانه خویش را جهت شرکت در طرح پژوهشی فوق
اعلام می دارم.
نشانی و شماره تماس:

امضای شرکت کننده و اثر انگشت:

تاریخ:

شاهد:

نام و نام خانوادگی:

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

مهر و امضای مجری پژوهش