

فرم رضایت آگاهانه سندروم نفروتیک در کودکان مهر ۱۳۹۸ تا پایان  
شهریور ۱۴۰۱

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اینجانب ..... ولی بیمار ..... با شماره ملی .....

با رضایت کامل و آگاهانه اجازه میدهم تا نتایج معاینات بالینی و آزمایشگاهی فرزندم در طرح ثبت بیماریها وارد گردد تا بلکه از نتایج این طرح کمک به کنترل بیماری در سطح کشور و کاهش عوارض سندروم نفروتیک در کودکان صورت گیرد و در صورتیکه نیاز به تماس با خانواده بیمار جهت تنظیم درمان یا تکمیل اطلاعات باشد از همکاری دریغ نمی‌نمایم.

شماره تماس:

نام و نام خانوادگی ولی بیمار

امضاء و اثر انگشت

مجریان طرح ضمانت مینمایند که اطلاعات شخصی و پزشکی بیمار کاملاً محفوظ مانده و تنها در دسترس مجریان طرح قرار دارد و در هیچ شرایط منتشر نخواهد شد.

نام و نام خانوادگی مجری اول

امضاء :