



فرم رضایت آگاهانه بیماران اورولوژی ترمیمی

باسلام

از اینکه در طرح ملی ثبت بیماران تحت درمان اورولوژی ترمیمی مشارکت می نمائید از شما متشکریم. این نظام جهت ثبت اطلاعات بالینی بیمارانی که تحت درمان های اورولوژی ترمیمی قرار گرفته اند و پیگیری عوارض و پیامدهای کوتاه مدت و درازمدت آنها ایجاد شده است. به شما اطمینان می دهیم اطلاعات شما محرمانه باقی می ماند. اطلاعاتی که از شما اخذ می گردد وارد نرم افزار شده و تنها مجری اصلی طرح اجازه بهره برداری از آن را خواهند داشت. مشارکت شما در این طرح کاملا اختیاری می باشد و در صورتیکه تمایلی به شرکت و ثبت اطلاعات خود در نظام ثبت نداشته باشید متحمل هیچ گونه زبانی در دریافت خدمات درمانی و مراقبتی نخواهید شد. امیدواریم با مشارکت و همراهی شما در این طرح بتوانیم قدمهای موثری در بهبود وضعیت بیماران تحت درمان اورولوژی ترمیمی و حفظ و ارتقا سلامتی آنها برداریم.

در صورت وجود هرگونه سوال یا ابهام می توانید با شماره تلفن 021-22712234 متعلق به مرکز تحقیقات سلامت مردان و بهداشت باروری در ساعات اداری تماس گرفته و یا به ایمیل زیر پیام خود را ارسال بفرمائید:

mhrhc@yahoo.com

امضا:

تاریخ:

کد بیمار: