

به نام خدایی که شفا از اوست

رضایت نامه شرکت در برنامه رجیستری بیماری MS

آقا / خانم محترم

بدین وسیله از شما جهت شرکت در برنامه ثبت بیماری MS 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 برنامه ثبت 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

در این طرح در دفتر ثبت بیماری های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در حال بررسی است

مجری طرح

۱. من آگاه شدم که اهداف این برنامه ثبت عبارتند از:

ثبت اطلاعات بالینی و سوابق درمانی بیماران

۲. من آگاه شدم که شرکت من در این برنامه ثبت کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این برنامه ثبت نیستم.

۳. به من اطمینان داده شد که اگر حاضر به شرکت در برنامه ثبت نباشم، از مراقبت های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد. رابطه درمانی من با مرکز درمانی و کادر پزشکی دچار اشکال نشده و روش های معمول درمان برای من ادامه پیدا خواهد کرد.

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

اجازه ثبت مشخصات دموگرافیک (مطابق فرم پرسشنامه گردآوری داده ها)

اجازه ثبت مشخصات بالینی و روند درمان این بیماری در برنامه کامپیوتری

انجام معاینات معمول و ثبت اندازه گیری متغیرهای لازم در حین انجام معاینات معمول

همکاری در تکمیل پرسشنامه های مربوطه

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

کامل بودن پرونده بالینی مربوط به بیماری اینجانب

دسترسی کنترل شده به اطلاعات پرونده الکترونیک در آینده

امکان مشاوره های آنلاین در آینده

۶. من آگاه شدم که دست اندر کاران این برنامه ثبت، کلیه اطلاعات مربوط به من را نزد خود به صورت محرمانه نگه داشته و فقط اجازه دارند نتایج کلی و گروهی پژوهش های حاصل از آن را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند.
۷. من آگاه شدم که چنانچه در فرآیند پژوهش تغییری حاصل گردد که بر سلامت و تصمیم گیری من جهت تداوم شرکت در طرح تاثیر گذار باشد به اطلاع من رسانده خواهد شد.
۸. من آگاه شدم که کمیته اخلاق در پژوهش به آدرس بزرگراه شهید چمران - خیابان یمن - خیابان پروانه - جنب بیمارستان طالقانی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی - ساختمان شماره دو ستاد دانشگاه - طبقه ششم تلفن ۰۲۱-۲۲۴۳۹۷۸۷ با هدف نظارت بر رعایت حقوق اینجانب می تواند به اطلاعات من دسترسی داشته باشد.
۹. من آگاه شدم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندر کاران یا روند پژوهش داشته باشم می توانم با کمیته اخلاق در پژوهش فوق به آدرس: اشاره شده در بند ۱۴ و تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۹۷۸۷ تماس گرفته و مشکل خود را مطرح نمایم.
۱۰. آقای / خانم دکتر ----- بعنوان مجری طرح جهت پاسخگویی به اینجانب معرفی گردیدند و به من گفته شد هر وقت مشکل، سؤال یا عوارض ناخواسته ای در زمینه شرکت در پژوهش مذکور پیش آمد با ایشان در میان بگذارم و راهنمایی بخواهم.

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

آدرس: بیمارستان امام حسین (ع) - کلینیک ام اس

لذا بدینوسیله اینجانب فرزند 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:

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 برنامه ثبت

این فرم اطلاعات و رضایت آگاهانه در دو نسخه تنظیم شده و پس از امضاء، یک نسخه در اختیار آزمودنی و نسخه دیگر در اختیار مجری طرح قرار خواهد گرفت.