

**معاونت تحقیقات و فناوری**

**دانشگاه علوم پزشکی زنجان**

**کارگروه اخلاق در پژوهش**

تاريخ تکميل:

**پیوست 3- فرم رضايتنامه آگاهانه شرکت درطرح تحقيقاتي**

 **جهت بررسی در کمیته اخلاق دانشگاه**

|  |
| --- |
| **عنوان طرح پژوهشي:**  |
| **نام مجري يا مجريان طرح:**  |
| **معرفي پژوهش(شرح دقيق اجرا و اهداف طرح ،روشهاي جايگزين درماني مدت انجام طرح)** |  |
| **مزايا و فوائد احتمالي پژوهش** |  |
| **عوارض احتمالی شرکت در پژوهش** |  |
| **جبران هزينه ها(عدم تحميل هزينه اضافي)** |  |
| **نمونه گيري،دارودرماني يا ساير خدمات (ذکرشود)** |  |
| **محرمانه بودن** |  |
| **حق انصراف درخروج ازمطالعه** | شرکت من درمطالعه کاملاً اختياري است و آزاد خواهم بودکه از شرکت درمطالعه امتناع نموده و هر زمان مایل بودم بدون آنكه تغييري درنحوه رفتار پزشک/درمانگر يانحوه درمان اينجانب ايجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم. **توجه :آزمودنی اگر دارویی خاصی دریافت کرده است و ممکن است عوارضی در کوتاه مدت ، میان مدت وبلند مدت ایجاد کند، محقق باید قبل از خروج فرد از مطالعه توضیحات لازم را ارائه نماید و اطمینان کامل به آزمودنی دهدکه تحت نظر محقق در بازه زمانی معین می باشد**. |

|  |
| --- |
| **اينجانب /وكل/قيم يا سرپرست قانوني با آگاهي کامل ازموارد فوق رضايت مي دهم که به عنوان يک فرد مورد مطالعه درپژوهش .....** **به سرپرستي ........ شرکت نمايم / نمايد.****نام و کليه اطلاعاتي که از من / موكلم گرفته مي شود محرمانه باقي خواهد ماند و نتايج تحقيقات به صورت آماري و درقالب جداول و نمودار منتشر مي گردد و نتايج فردي درصورت نياز بدون ذکر نام ومشخصات فردي عرضه خواهد گرديد وهمچنين برائت پژوهشگر/پژوهشگران اين طرح را ازکليه اقدامات مذکور دربرگه اطلاعاتي درصورت عدم تقصير درارائه اقدامات اعلام مي دارم.****چنانچه طي اين تحقيق ،عملي خلاف موارد مندرج در برگه اطلاعاتي انجام شود مانع ازاقدامات قانوني اينجانب عليه مجري / مجريان نخواهد بود.****خانم/آقاي ................................ جهت پاسخ‌گويي معرفی شده تا هر وقت مشكلي يا سوالي در رابطه با شركت در پژوهش مذكور پيش آمد با ايشان در ميان بگذارم****امضاءواثرانگشت فرد موردپژوهش/ولي/ وكيل فرد**  **امضاء مدير پروژه :** **امضاء استاد راهنما :** **شماره تلفن مدير پروژه:** **در صورت بروز هرمشکلی می‌توانید با دبیرخانه کمیته اخلاق دانشگاه به شماره 33156144 -024تماس بگیرید.** |

***توضيحات*:**

1 - **اين فرم بايد دردو نسخه تهيه شود.**

**نسخه اول نزد محقق باشد تا دستيابي به آن براي كنترل پايشگران يا كميته اخلاق پزشكي آسان شود.**

**نسخه دوم آن در اختيار شركت كننده قرار گيرد.**

**2- اثر انگشت سبابه دست راست و در صورت عدم امكان اخذ آن، زير اثر انگشت توضيح داده شود.**

**3- سن قانوني بالاي 18 سال می باشد.**

**4- عقب ماندگان ذهني افرادي هستند كه نياز به قيم وسرپرست دارند.**