

فرم رضایت آگاهانه برای مطالعات گزارش مورد بالینی

عنوان گزارش:

نام و نام خانوادگی مجری اصلی: درجه علمی: نام موسسه محل کار:

شماره تماس: آدرس:

جناب آقای / سرکار خانم..... (ولی قانونی) با امضای این فرم، شما اجازه می دهید که آقا / خانم از اطلاعات بیماری شما با عنوان..... برای تهیه و ارائه یک طرح پژوهشی و مقاله از نوع گزارش موردی استفاده نماید. این مقالات معمولاً برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات جدید تجربه شده توسط یک بیمار در طی مراقبتهای درمانی صورت گرفته بر روی وی که ممکن است برای سایر پزشکان و اعضای گروه درمانی نیز مفید باشد مورد استفاده قرار بگیرد. نتایج یک مطالعه گزارش موردی ممکن است برای اطلاع و مطالعه توسط دیگران، در مجلات و یا اینترنت منتشر شود و یا در کنفرانسها ارائه گردد. این فرم، هدف این مطالعه را شرح می دهد. لطفاً آن را به دقت بخوانید و نظرتان را به ما بگوئید و در صورت وجود هرگونه سوال، از تماس با اینجانب..... دریغ نوزید.

• هدف این مطالعه آنست که به سایر پزشکان و اعضای تیمهای پزشکی اطلاع داده شود که:

..... (هدف اصلی مطالعه خود را اینجا بنویسید)

• اطلاعاتی از شما / فرد تحت تکفل شما که در این مطالعه مورد استفاده قرار می گیرد شامل موارد زیر است:

1.
2.
3.
4.
5.

• آقا / خانم (نام مجری طرح یا استاد راهنمای مطالعه باید اینجا ذکر شود) موظف به حفظ اطلاعات شخصی شماست و اجازه انتشار و افشای آنها را ندارد (مثلاً اطلاعاتی درباره نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، شماره ثبت در بیمارستان).

• به شما اطمینان می دهم که اطلاعات فردی و شناسایی شما / فرد تحت تکفل شما در این مطالعه، تا حد امکان و با بیشترین اطمینان، منتشر نخواهد شد لیکن بعد از انتشار مقاله این گزارش، ممکن است بخشی از سیر اقدامات صورت گرفته بر روی بیماری شما / فرد تحت تکفل شما به اطلاع سایرین برسد.

• شما به طور مستقیم از شرکت در این مطالعه، نفعی نخواهید برد و حق الزحمه یا هدیه یا پولی دریافت نخواهید کرد اما اطلاعاتی که از بیماری شما / فرد تحت تکفل شما به سایر پزشکان و اعضای تیم های درمانی خواهد رسید ممکن است سطح خدماتی که در آینده به بیماران مشابه خواهد رسید ارتقاء پیدا کند.

- با موافقت با تهیه این مطالعه گزارش موردی، شما پولی پرداخت نخواهید کرد ضمن آنکه هیچ پول یا تخفیفی نیز دریافت نخواهید کرد.
- شرکت شما در این مطالعه، اختیاری است و هر وقت که مایل باشید می توانید از مطالعه خارج شوید اما وقتی که مقاله این طرح تهیه و برای مجله ای ارسال شد شما اجازه ندارید درخواست خروج آن را بدهید. در هر حال، تصمیم شما هیچ تاثیری در میزان و نوع خدمات پزشکی که دریافت خواهید کرد نخواهد داشت.
- به شما درباره هر یافته جدیدی که درباره بیماری شما / فرد تحت تکفل شما پیدا خواهد شد اطلاع رسانی خواهد شد.
- موافقت شما با اجرای این مطالعه به این معناست که شما موارد فوق را مطالعه کرده و با آن موافقت و همچنین اجازه دارید درباره چگونگی استفاده از داده های بیماری شما / فرد تحت تکفل شما در هر زمان بپرسید . ضمناً شما موافقت کردید که اطلاعات شما در این مطالعه مورد استفاده قرار بگیرد.

من (نام و نام خانوادگی مشارکت کننده، بیمار یا ولی یا قیم وی) با امضای این فرم، تایید می کنم که:

- 1- این مطالعه به طور کامل برای من شرح داده شده است و تمام سوالات و ابهاماتم به طور کامل پاسخ داده شده است.
- 2- از مزایا و خطرات این مطالعه آگاه هستم و با بکارگیری مشخصات بیماری ام / بیماری فرد تحت تکفلم موافقم.
- 3- برای شرکت در این مطالعه، مجبور نشده‌ام.
- 4- تمامی صفحات این فرم را مطالعه کرده‌ام.
- 5- من اجازه دسترسی به اطلاعات پزشکی خود / فرد تحت تکفل خود را داده‌ام.
- 6- من با شرکت در این مطالعه موافقم.

نام و نام خانوادگی مشارکت کننده، بیمار یا ولی یا قیم وی امضاء تاریخ