كميته دانشگاهي اخلاق در پ‍ژوهش هاي علوم پزشكي دانشگاه علوم پزشكي شيراز

**فرم رضايت آگاهانه براي مطالعات گزارش موردي**

|  |  |
| --- | --- |
| **عنوان گزارش مورد:** |  |
| **مجري اصلي / استاد راهنما/ نويسنده مسئول:** ( نام و خانوادگي، درجه علمي، نام موسسه محل كار، شماره تماس و آدرس) |  |
| **جناب آقاي / سركار خانم .................. (ولي قانوني) ....................................**با امضاي اين فرم، شما اجازه مي دهيد كه آقا / خانم ........................... از اطلاعات بيماري شما با عنوان .................................................................................... براي تهيه و ارائه يك طرح پژوهشي/ مقاله از نوع گزارش موردي استفاده نمايد. طرحها/ مقالات گزارش موردي معمولاٌ براي به اشتراك گذاشتن اطلاعات جديد تجربه شده توسط يك بيمار در طي مراقبتهاي درماني صورت گرفته بر روي وي كه ممكن است براي ساير پزشكان و اعضاي گروه درماني نيز مفيد باشد مورد استفاده قرار بگيرد. نتايج يك مطالعه گزارش موردي ممكن است براي اطلاع و مطالعه توسط ديگران، در مجلات و يا اينترنت منتشر شود و يا در كنفرانسها ارائه گردد. اين فرم، هدف اين مطالعه را شرح مي دهد. لطفا آن را به دقت بخوانيد و نظرتان را به ما بگوئيد و در صورت وجود هرگونه سوال، از تماس با اينجانب .......................................... دريغ نورزيد.  |
| هدف اين مطالعه آنست كه به ساير پزشكان و اعضاي تيمهاي پزشكي اطلاع داده شود كه: (هدف اصلي مطالعه خود را به زبان بسیار ساده و بدون اصطلاحات علمی در کادر روبرو بنويسيد) |  |
| اطلاعاتي از شما / فرد تحت تكفل شما كه در اين مطالعه مورد استفاده قرار مي گيرد شامل موارد روبرو بوده و **آقا / خانم .............................** (نام مجري طرح يا استاد راهنماي مطالعه بايد اينجا ذكر شود) موظف به حفظ اطلاعات شخصي شماست و اجازه انتشار و افشاي آنها را ندارد (مثلاٌ اطلاعاتي درباره نام و نام خانوادگي، تاريخ تولد، شماره ثبت در بيمارستان).  | **1-****2-****3-****4-****5-** |
| به شما اطمينان مي دهم كه اطلاعات فردي و شناسايي شما / فرد تحت تكفل شما در اين مطالعه، تا حد امكان و با بيشترين اطمينان، منتشر نخواهد شد ليكن بعد از انتشار مقاله اين گزارش، ممكن است بخشي از سير اقدامات صورت گرفته بر روي بيماري شما / فرد تحت تكفل شما به اطلاع سايرين برسد.شما به طور مستقيم از شركت در اين مطالعه، نفعي نخواهيد برد و حق الزحمه يا هديه يا پولي دريافت نخواهيد كرد اما اطلاعاتي كه از بيماري شما / فرد تحت تكفل شما به ساير پزشكان و اعضاي تيم هاي درماني خواهد رسيد ممكن است سطح خدماتي كه در آينده به بيماران مشابه خواهد رسيد ارتقاء پيدا كند.با موافقت با تهيه اين مطالعه گزارش موردي، شما پولي پرداخت نخواهيد كرد ضمن آنكه هيچ پول يا تخفيفي نيز دريافت نخواهيد كرد. شركت شما در اين مطالعه، اختياري است و هر وقت كه مايل باشيد مي توانيد از مطالعه خارج شويد. در هر حال، تصميم شما هيچ تاثيري در ميزان و نوع خدمات پزشكي كه دريافت خواهيد كرد نخواهد داشت. به شما درباره هر يافته جديدي كه درباره بيماري شما / فرد تحت تكفل شما پيدا خواهد شد اطلاع رساني خواهد شد. موافقت شما با اجراي اين مطالعه به اين معناست كه شما موارد فوق را مطالعه كرده و با آن موافقيد و همچنين اجازه داريد درباره چگونگي استفاده از داده هاي بيماري شما / فرد تحت تكفل شما در هر زمان بپرسيد. ضمناٌ شما موافقت كرديد كه اطلاعات شما در اين مطالعه مورد استفاده قرار بگيرد. |

**من:** ................................................. (نام و نام خانوادگي مشاركت كننده، بيمار يا ولي يا قيم وي) با امضاي اين فرم، تاييد مي كنم كه:

1-اين مطالعه موردي به طور كامل براي من شرح داده شده است و تمام سوالات و ابهاماتم به طور كامل پاسخ داده شده است.

2- از مزايا و خطرات اين مطالعه آگاه هستم و با بكارگيري مشخصات بيماري ام / بيماري فرد تحت تكفلم موافقم.

3- براي شركت در اين مطالعه، مجبور نشده ام.

4- تمامي صفحات اين فرم را مطالعه كرده ام.

5- من اجازه دسترسي به اطلاعات زشكي خود / فرد تحت تكفل خود را داده ام.

6- من با شركت در اين مطالعه موافقم.

نام و نام خانوادگي و امضای مشاركت كننده، بيمار يا ولي يا قيم وي تاريخ

 .................................... .............

شماره تماس فرد رضایت دهنده:................................................

نام و امضای پژوهشگر ............... (دانشجوی مربوطه/استاد راهنمای پایان نامه)

دانشکده............... گروه...............

تاریخ: