بسمه تعالي

**تاريخ تکميل:**

**نام واحد:**

نام آزمودنی:

فرم **تایپ شده** رضايت آگاهانه شرکت درطرح تحقيقاتي

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عنوان طرح پژوهشي:** | | **نام مجري يا مجريان طرح:** | |
| **معرفي پژوهش**  **(شامل:** اهداف، طول مدت، روش انجام کار پژوهش، منابع تأمين بودجه) |  | | |
| **مزايای بالقوه** |  | | |
| **خطرات احتمالی** |  | | |
| **جبران خطرات** |  | | |
| **نمونه گيري،دارودرماني يا ساير خدمات(ذکرشود)** |  | | |
| **وضعیت محرمانه بودن اطلاعات** |  | | |
| **نحوه پاسخگويي به پرسشهای آزمودنی** |  | | امضای مجریان و همکاران: |
| **حق انصراف درخروج ازمطالعه** | شرکت من درمطالعه کاملاً اختياري است وآزاد خواهم بود که از شرکت درمطالعه امتناع نموده يا هرزمان مايل بودم بدون آنکه تغييري درنحوه رفتار پزشک درمانگر يا نحوه درمان ومراقبت ازبيماري اينجانب ايجاد شود ازپژوهش مذکور خارج شوم. | | |
| **((رضايت))**  اينجانب به عنوان آزمودنی /ولی یا مالک آزمودنی با آگاهي کامل ازموارد فوق رضايت مي دهم  که درپژوهش با عنوان:  به سرپرستي پژوهشگر/پژوهشگران  شرکت نمايم، مشروط به این که کليه اطلاعاتي که از من گرفته مي شود بویژه نام من، محرمانه باقي خواهد ماند ونتايج تحقيقات به صورت کلي ودرقالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر مي گردد ونتايج فردي درصورت نياز بدون ذکر نام ومشخصات فردي عرضه خواهد گرديد.  همچنين رضایت خود را از اقدامات مجاز و قانونی پژوهشگر/پژوهشگران اين طرح اعلام مي دارم.  اين رضایت، مانع از رجوع آزمودنی به بیمه گر نخواهد بود.  **امضاء واثر انگشت** آزمودنی /ولی یا مالک آزمودنی    **آدرس و شماره تماس آزمودنی :** | | | |