

شماره پرونده:



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مارندران
 مرکز آموزشی درمانی بیمارستان فاطمه زهرا (س) ساری

دفتر بهبود کیفیت

فرم رضایت آگاهانه جهت تحقیقات

نام خانوادگی:	نام:	بخش:	پزشک معالج:
		اتاق:	
نام پدر:	تاریخ تولد:	تخت:	تاریخ پذیرش:

هوالشافی

با سپاس از شما در انتصاب این بیمارستان برای درمان خود، کادر معالج بر اساس موازین و مقررات پزشکی قانونی، علمی و اخلاق پزشکی و قسم نامه پزشکی مداکتر تلاش خود را برای ارائه خدمات مطلوب تر فوهند کرد.

اینجانب فرزند دارای کد ملی / شماره شناسنامه صادره از تاریخ تولد / / (بیمار) ولی بیمار
 قیم بیمار نماینده قانونی بیمار بر اساس نتایج آزمایشگاهی و معاینات و مدارک پزشکی که ارائه و تفهیم گردیده از نوع تحقیقات و اقدامات
 تشخیصی - درمانی و یا جراحی - بیهوشی در این رابطه و نتایج حاصل از اقدامات تشخیصی - درمانی و جراحی - بیهوشی و با توجه به مشکلات
 زمینه ای این تحقیق آگاه شده ام.

۱- معرفی پژوهش

* در این قسمت باید طرح تحقیقاتی به زبان بسیار ساده و قابل فهم برای بیمار توضیح داده شود و بیمار بداند برای وی چه روش درمانی و
 تشخیصی، چگونه و به چه مدت به کار برده می شود.

۲- مزایا:

* در این قسمت فواید شرکت در پژوهش مورد نظر باید برای بیمار به زبان ساده و قابل فهم بیان شود.

۳- خطرات:

* در این قسمت عوارض و مضرات احتمالی روش انتخابی جهت تشخیص یا درمان بیماری فرد برای وی به زبان ساده و قابل فهم بیان
 شود.

۴- جبران خطرات:

* در این قسمت باید مشخص شود که جبران عوارض احتمالی روش تشخیصی و یا درمانی جدید به عهده مجری یا مجریان طرح
 تحقیقاتی می باشد و نحوه جبران خسارت و فردی که در صورت بروز مشکل یا عارضه احتمالی می توان با او تماس گرفته شود نیز باید ذکر

گردد.

۵- نمونه گیری، دارو درمانی یا سایر خدمات (ذکر شود)

* در صورتیکه از بیمار در طی طرح تحقیقاتی نمونه گیری بعمل آید باید در این قسمت ملاحظات میزان، تعداد دفعاتی که خون گرفته خواهد شد و دلیل این عمل باید به وضوح توضیح داده شود ضمناً در صورتی که مجری در آینده می خواهد از مابقی نمونه استفاده نماید ذکر شود.

۶- محرمانه بودن:

* در این قسمت باید ذکر گردد که نتایج آزمایشها و روش های به کار رفته به اطلاع بیمار خواهد رسید و این نتایج به صورت کاملاً محرمانه و صرفاً جهت مقاصد پژوهش به کار خواهد رفت و هویت بیمار در چارچوب قانون محرمانه خواهد ماند.

۷- پاسخگویی به پرسش ها:

* در این قسمت باید آدرس و تلفن تماس مجری یا مجریان طرح در اختیار بیمار قرار داده شود تا وی در هر زمانی که مایل بود بتواند پرسش های خود را در مورد روش های به کار رفته جهت تشخیص یا درمان وی یا بروز عوارض احتمالی آن روش ها مطرح و مشاوره دریافت نماید.

۸- حق انصراف در خروج از مطالعه:

* این جمله را باید بیمار بداند و بنویسد که شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان مایل بودم بدون آن که تغییری در نحوه رفتار پزشک درمانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.

۹- استفاده مجدد از نمونه های مطالعه:

* در صورتیکه نمونه های بافتی یا خونی گرفته شده از آزمودنی در این مطالعه، توسط محقق محترم یا سایر محققین در مطالعات بعدی مورد استفاده قرار می گیرد، ذکر این نکته و کسب رضایت بیمار در این زمینه لازم می باشد.

مهر و امضای پزشک معالج:	در صورت مشاوره از پزشکی قانونی توسط پزشک معالج مهر و امضای پزشکی قانونی:
تاریخ:	ساعت:
شاهد اول: نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه یا کد ملی: نسبت با بیمار:	
آدرس و تلفن: امضاء و اثر انگشت:	
شاهد اول: نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه یا کد ملی: نسبت با بیمار:	
آدرس و تلفن: امضاء و اثر انگشت:	