



دفتر پرستاری در راستای
اعتبار بخشی ملی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان

فرم اخذ رضایت آگاهانه از بیمار جهت شرکت در پژوهش

شرح و بیان اهداف و شیوه های پژوهش:

مزایا و خطرات احتمالی شرکت در پژوهش:

شرح مداخله:

اختیارات بیمار:

تعهدات مجری طرح پژوهشی:

شماره ی تلفن محل کار مجری اول طرح پژوهشی:

مشخصات بیمار:

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

اینجانب فرزند..... با آگاهی کامل از مطالب مندرج در این فرم رضایت خود / فرد تحت قیمومیت

خود را جهت شرکت در طرح

پژوهشی خانم / آقای..... تحت عنوان

"....."

اعلام میدارم.

امضاء و اثر انگشت
بیمار یا قیم قانونی او

امضاء
مجری اول طرح پژوهشی



دفتر پرستاری در راستای
اعتبار بخشی ملی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان

راهنمای مجری طرح پژوهشی جهت تکمیل فرم اخذ رضایت آگاهانه از بیمار جهت شرکت در پژوهش

شرح و بیان اهداف و شیوه های پژوهش به زبان ساده:

شامل شرح پژوهش به زبان ساده و قابل فهم ، هدف از انجام پژوهش، طول مدت مراجعه ، زمان مراجعه و محل مراجعه برای بیمار یا قیم قانونی او میباشد.

مزایا و خطرات احتمالی شرکت در پژوهش به زبان ساده:

درمورد فواید و همچنین عوارض جانبی و خطرات احتمالی شرکت در طرح پژوهشی و نحوه حمایت درمانی از بیمار به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا قیم قانونی او توضیح داده شود.

شرح مداخله به زبان ساده :

میزان و تعداد دفعات خونگیری ، جراحی ، آندوسکوپی و... و احتمال استفاده از نمونه ها در مطالعات بعدی به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا قیم قانونی او توضیح داده شود. همچنین توضیح داده شود که در صورت عدم پذیرش روش انتخابی پژوهشگر ، بیمار از چه روشهای درمانی یا تشخیصی دیگر میتواند استفاده کند.

اختیارات بیمار به زبان ساده:

درمورد حق انتخاب بیمار یا قیم قانونی او برای شرکت در طرح پژوهشی و یا انصراف از ادامه شرکت در طرح و چگونگی خروج بیمار از شرکت در پژوهش به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا قیم قانونی او توضیح داده شود.

تعهدات مجری طرح پژوهشی به زبان ساده:

در خصوص جبران خطرات احتمالی ، محرمانه ماندن هویت بیمار و اطلاعات مربوط به او و همچنین پرداخت هزینه های درمانی به بیمار و عدم تغییر در نحوه ی رفتار پزشک درمانگر یا نحوه ی درمان و مراقبت از بیمار در صورت انصراف بیمار از شرکت در طرح پژوهشی تعهد داده شود.

شماره ی تلفن محل کار مجری اول طرح پژوهشی: