

نام واحد:  
تاریخ تکمیل:

نام آزمودنی:

آدرس و شماره تماس آزمودنی

### فرم رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی

عنوان طرح پژوهشی:	نام مجری یا مجریان طرح:
معرفی پژوهش	
مزایا	
خطرات	
جهان خطرات	
نمونه گیری، دارودرمانی یا سایر خدمات (ذکرشود)	
محرمانه بودن	
پاسخگویی به پرسشها	
حق انصراف در خروج از مطالعه	شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان مایل بودم بدون آنکه تغییری در نحوه رفتار پزشک درمانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماران اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.
(( ))	
اینجانب با آگاهی کامل از موارد فوق رضایت میدهم که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در پژوهش سرپرستی شرکت نمایم.	
کلیدیه اطلاعاتی که از من گرفته میشود و نیز نام من محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج تحقیقات به صورت کلی و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر میگردد و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد گردید و همچنین برائت پزشک یا پزشکان این طرح را از کلیه اقدامات مذکور در برگه اطلاعاتی در صورت عدم تقصیر در ارائه اقدامات اعلام میدارم.	
این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شود نخواهد بود.	
من می‌دانم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندرکاران یا روند پژوهش دارم می‌توانم با کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کاشان به آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ جاده راوند، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، معاونت پژوهشی، اتاق ۵۲۹ آقای دکتر حمیدی دبیر کمیته اخلاق دانشگاه تماس گرفته و مشکل خود را به صورت شفاهی یا کتبی مطرح نمایم.	
این فرم اطلاعات و رضایت آگاهانه در دو نسخه تنظیم شده و پس از امضا یک نسخه در اختیار من و نسخه دیگر در اختیار مجری قرار خواهد گرفت.	
امضاء و اثر انگشت فرد مورد پژوهش	
امضاء پژوهشگر	
آدرس و شماره تماس بیمار حتما ذکر گردد:	