**فرم رضایت آگاهانه براي مطالعات گزارش مورد بالینی**

عنوان گزارش: .....................................................................................................................................................................................

نام و نام خانوادگی مجري اصلی: ........................... درجه علمی: ................................. نام موسسه محل کار: ................................

شماره تماس: .............................. آدرس: ..........................................................................................................................................

جناب آقاي / سرکار خانم................................. (ولی قانونی) ...................... با امضاي این فرم، شما اجازه می دهید که آقا / خانم ................................. از اطلاعات بیماري شما با عنوان................................. براي تهیه و ارائه یک طرح پژوهشی و مقاله از نوع گزارش موردي استفاده نماید. این مقالات معمولاٌ براي به اشتراك گذاشتن اطلاعات جدید تجربه شده توسط یک بیمار در طی مراقبتهاي درمانی صورت گرفته بر روي وي که ممکن است براي سایر پزشکان و اعضاي گروه درمانی نیز مفید باشد مورد استفاده قرار بگیرد. نتایج یک مطالعه گزارش موردي ممکن است براي اطلاع و مطالعه توسط دیگران، در مجلات و یا اینترنت منتشر شود و یا در کنفرانسها ارائه گردد. این فرم، هدف این مطالعه را شرح می دهد. لطفا آن را به دقت بخوانید و نظرتان را به ما بگوئید و در صورت وجود هرگونه سوال، از تماس با اینجانب................................. دریغ نورزید.

* هدف این مطالعه آنست که به سایر پزشکان و اعضاي تیمهاي پزشکی اطلاع داده شود که:

................................................................................... (هدف اصلی مطالعه خود را اینجا بنویسید)

* اطلاعاتی از شما / فرد تحت تکفل شما که در این مطالعه مورد استفاده قرار می گیرد شامل موارد زیر است:

1. .................................
2. .................................
3. .................................
4. .................................
5. .................................

* آقا / خانم ................................. (نام مجري طرح یا استاد راهنماي مطالعه باید اینجا ذکر شود) موظف به حفظ اطلاعات شخصی شماست و اجازه انتشار و افشاي آنها را ندارد (مثلاٌ اطلاعاتی درباره نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، شماره ثبت در بیمارستان).
* به شما اطمینان می دهم که اطلاعات فردي و شناسایی شما / فرد تحت تکفل شما در این مطالعه، تا حد امکان و با بیشترین اطمینان، منتشر نخواهد شد لیکن بعد از انتشار مقاله این گزارش، ممکن است بخشی از سیر اقدامات صورت گرفته بر روي بیماري شما / فرد تحت تکفل شما به اطلاع سایرین برسد.
* شما به طور مستقیم از شرکت در این مطالعه، نفعی نخواهید برد و حق الزحمه یا هدیه یا پولی دریافت نخواهید کرد اما اطلاعاتی که از بیماري شما / فرد تحت تکفل شما به سایر پزشکان و اعضاي تیم هاي درمانی خواهد رسید ممکن است سطح خدماتی که در آینده به بیماران مشابه خواهد رسید ارتقاء پیدا کند.
* با موافقت با تهیه این مطالعه گزارش موردي، شما پولی پرداخت نخواهید کرد ضمن آنکه هیچ پول یا تخفیفی نیز دریافت نخواهید کرد.
* شرکت شما در این مطالعه، اختیاري است و هر وقت که مایل باشید می توانید از مطالعه خارج شوید اما وقتی که مقاله این طرح تهیه و براي مجله اي ارسال شد شما اجازه ندارید درخواست خروج آن را بدهید. در هر حال، تصمیم شما هیچ تاثیري در میزان و نوع خدمات پزشکی که دریافت خواهید کرد نخواهد داشت.
* به شما درباره هر یافته جدیدي که درباره بیماري شما / فرد تحت تکفل شما پیدا خواهد شد اطلاع رسانی خواهد شد.
* موافقت شما با اجراي این مطالعه به این معناست که شما موارد فوق را مطالعه کرده و با آن موافقید و همچنین اجازه دارید درباره چگونگی استفاده از داده هاي بیماري شما / فرد تحت تکفل شما در هر زمان بپرسید . ضمناٌ شما موافقت کردید که اطلاعات شما در این مطالعه مورد استفاده قرار بگیرد.

من ................................. (نام و نام خانوادگی مشارکت کننده، بیمار یا ولی یا قیم وي) با امضاي این فرم، تایید می کنم که:

1. این مطالعه به طور کامل براي من شرح داده شده است و تمام سوالات و ابهاماتم به طور کامل پاسخ داده شده است.
2. از مزایا و خطرات این مطالعه آگاه هستم و با بکارگیري مشخصات بیماري ام / بیماري فرد تحت تکفلم موافقم.
3. براي شرکت در این مطالعه، مجبور نشده­ام.
4. تمامی صفحات این فرم را مطالعه کرده­ام.
5. من اجازه دسترسی به اطلاعات پزشکی خود / فرد تحت تکفل خود را داده­ام.
6. من با شرکت در این مطالعه موافقم.

نام و نام خانوادگی مشارکت کننده، بیمار یا ولی یا قیم وي امضاء تاریخ