

نام مجری یا مجریان طرح:	عنوان طرح پژوهشی:
	معرفی پژوهش
	مزایا
	خطرات
	جبران خطرات
	نمونه گیری، دارودرمانی یا سایر خدمات (ذکر شود)
	محرمانه بودن
	پاسخگویی به پرسشها
شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهیم 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 بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.	حق انصراف در خروج از مطالعه
<p style="text-align: center;">((رضایت))</p> <p>اینجانب با آگاهی کامل از موارد فوق رضایت میدهم که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در پژوهش به سرپرستی شرکت نمایم .</p> <p>کلیه 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.</p> <p>این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل (نام واحد ذکر گردد) در صورتی که عملی خلاف و غیر انسانی انجام شود نخواهد بود.</p> <p style="text-align: right;">امضاء و اثر انگشت فرد مورد پژوهش امضاء پژوهشگر آدرس و شماره تماس بیمار حتما ذکر گردد:</p> <p style="text-align: left;">نام و نام خانوادگی و امضاء شاهد</p>	