|  |  |
| --- | --- |
|  | مسئول اصلی تحقیق:  شماره درخواست:  عنوان پژوهش: |

**رضایت​نامه شرکت کننده در پژوهش**

از شما درخواست می​شود تا در این مطالعه پژوهشی شرکت کنید. پیش از این که رضایت خود را اعلام کنید، مسئول تحقیق باید موارد زیر را به آگاهی شما برساند:

(i)اهداف، روال​ها و مدت پژوهش،

(ii)  اطلاعات مربوط به کلیه فرآیندهای تجربی،

(iii) کلیه خطرها، ناراحتی​ها و مزایای احتمالی ناشی از پژوهش که به طور معقول قابل پیش​بینی هستند،

(iv) کلیه روال​ها یا درمان​های سودمند جایگزین احتمالی، و

(v)  چگونگی حفظ اطلاعات شخصی.

در صورت امکان، مامور تحقیق باید موارد زیر را نیز به آگاهی شما برساند:

(i)   اقدامات یا درمان​های پزشکی جبرانی در صورت وارد آمدن صدمه،

(ii)  احتمال بروز خطرات غیر قابل پیش​بینی،

(iii) شرایطی که مامور تحقیق می​تواند به همکاری شما پایان دهد،

(iv) هزینه​های اضافی که به شما تحمیل می​شود،

(v)  پیامدهای تصمیم شما برای قطع همکاری،

(vi) زمان اعلام یافته​های جدید به شما که ممکن است بر روی علاقه شما به همکاری تاثیرگذار باشد، و

(vii) تعداد افراد شرکت کننده در فرآیند پژوهش.

(viii)   برای آزمایش​های بالینی: شرحی از این آزمایش بالینی طبق قانون ایالات متحده در نشانی www.ClinicalTrials.gov موجود است. این وب سایت حاوی اطلاعات افشا کننده هویت شما نخواهد بود. این وب سایت حداکثر حاوی خلاصه نتایج خواهد بود.در هر زمان می​توانید این وب سایت را جستجو کنید.

اگر قصد همکاری دارید، باید نسخه امضا شده این سند و خلاصه کتبی پژوهش در اختیار شما قرار بگیرد.

می​توانید با *(نام)*     از طریق شماره *(شماره تلفن)*       تماس گرفته و پرسش​های خود را درباره این پژوهش با وی در میان بگذارید.

اگر درباره حقوق خود به عنوان سوژه پژوهش یا درباره اقدامات پس از آسیب دیدگی احتمالی پرسشی دارید می​توانید با *(نام)*     از طریق شماره *(شماره تلفن)*       تماس بگیرید.

شرکت شما در این پژوهش اختیاری است و در صورت نپذیرفتن یا قطع همکاری جریمه یا قطع مزایا در انتظار شما نخواهد بود.

امضا کردن این سند به این معنی است که روند پژوهش، از جمله اطلاعات بالا، به طور شفاهی برای شما توضیح داده شده است و شما داوطلبانه همکاری در پژوهش را پذیرفته​اید.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

امضای شرکت کننده   تاریخ/ساعت

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

امضای شاهد تاریخ/ساعت