

رضایتنامه - فرم کوتاه

Informed Consent – Short Form – OHR-8S (Farsi)**Version Date – FOR OHR USE: 11/4/2019**

تلفن:

(Telephone)

محقق اصلی:

(Principal Investigator)

از شما خواسته می‌شود در صورت تمایل، بخشی از مطالعه تحقیقاتی باشید. پیش از تصمیم‌گیری، باید در جریان این موارد قرار بگیرید:

- عنوان مطالعه
- چه چیزی باعث شده است این تحقیق به یک مطالعه علمی تبدیل شود و این مطالعه چه تفاوتی با مراقبت پزشکی استاندارد دارد
- هدف از این تحقیقات چیست
- برای چه مدت در این مطالعه حضور خواهید داشت
- چه عمل‌هایی اعم از هرگونه عمل آزمایشی روی شما انجام خواهد شد
- چه خطرات احتمالی (از جمله خطرات باروری) به دنبال دارد و مزایای احتمالی آن چیست
- موارد جایگزینی که می‌توان در آن شرکت داشت
- چه اطلاعات/نمونه‌های پزشکی را می‌توان جمع‌آوری کرد و آن‌ها چگونه مورد استفاده و به‌اشتراک‌گذاری قرار می‌گیرند
- چگونه از محرمانگی اطلاعات شما محافظت خواهد شد
- در صورت بروز هرگونه آسیب (اگر بیش از خطرات حداقلی باشند) چه خسارت‌ها و درمان‌هایی در نظر گرفته می‌شود
- اطلاعات تماس
- مشارکت داوطلبانه شما - می‌توانید به انتخاب خود در این مطالعه شرکت نکنید یا بدون پرداخت جریمه بعداً از آن خارج شوید

در صورت مصداق موارد زیر، باید در جریان آن‌ها قرار بگیرید:

- خطرات غیرقابل پیش‌بینی برای شرکت‌کننده (از جمله خطرات باروری)
- در صورت اتمام قبل از موعد مطالعه، احتمال اتمام زود هنگام مطالعه و عمل‌ها بدون رضایت شما
- هزینه و پرداخت (در صورت وجود پرداخت)
- اطلاع از نتیجه هرگونه آزمایش یا مطالعه و تمام اطلاعاتی که ممکن است به رضایت شما برای شرکت در این مطالعه مربوط باشند
- تعداد شرکت‌کنندگان در مطالعه

اطلاعات تماس	شخص یا دفتر	برای سوال درباره:
شماره تلفن: (Phone Number)	محقق اصلی: (Principal Investigator)	این مطالعه و مسائل پزشکی مربوط به این مطالعه، از جمله درمان و پرداخت خسارت
شماره تلفن: (Phone Number)	محقق: (Investigator)	
0203-503-215 8966-503-215 4239-955-215	کارکنانی که جزو تحقیق نیستند (Non-Study Personnel) (Note: These are Jefferson IRB numbers. Use numbers for other impartial parties as necessary.)	اگر لازم است درباره نگرانی یا حقوق خود به عنوان فرد شرکت‌کننده در تحقیق با کارکنانی که جزو تحقیق نیستند، صحبت کنید

این تصمیم شما است که در این تحقیق شرکت کنید. می‌توانید به انتخاب خود در این مطالعه شرکت نکنید یا بدون پرداخت جریمه بعداً از آن خارج شوید. اگر موافق شرکت در تحقیق هستید، این فرم را امضا کنید. به شما یک کپی از این فرم و فرم اطلاعات داده خواهد شد. با امضای این فرم، تأیید می‌کنید که اطلاعات فوق به شما توضیح داده شده است، به تمام سوالات شما پاسخ داده شده است و از پاسخ‌های داده‌شده راضی هستید و به صورت داوطلبانه موافقت خود برای شرکت در این تحقیق را اعلام می‌کنید.

تاریخ

(Date)

امضای شرکت‌کننده

(Signature of Participant)

نام شرکت‌کننده به صورت خوانا

(Printed Name of Participant)

تاریخ

(Date)

امضای شاهد

(Signature of Witness)

نام شاهد به صورت خوانا

(Printed Name of Witness)