|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| عنوان طرح پژوهشي |  | |
| نام مجري |  | |
| معرفی پژوهش |  | |
| خونگیری |  | |
| مزایا | **.** | |
| خطرات |  | |
| جبران خطرات |  | |
| هزینه |  | |
| روشهای جایگزین |  | |
| محرمانه بودن |  | |
| پاسخگویی به پرسش‌ها |  | |
| **((رضايت))**  اينجانب با آگاهي کامل از موارد فوق و توضيحات حضوري مجري رضايت مي‌دهم که به عنوان يک فرد مورد مطالعه در پژوهش به صورت كاملا اختياري و آزاد شرکت نمايم.  کليه اطلاعاتي که از من گرفته مي‌شود و نيز نام من محرمانه باقي خواهد ماند و نتايج تحقيقات به صورت کلي و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر مي‌گردد و نتايج فردي درصورت نياز بدون ذکر نام و مشخصات فردي عرضه خواهد گرديد و همچنين برائت پزشک يا پزشکان اين طرح را ازکليه اقدامات مذکور در برگه اطلاعاتي در صورت عدم تقصير درارائه اقدامات اعلام مي‌دارم.  اين موافقت مانع از اقدامات قانوني اينجانب در صورتي که عملي خلاف وغير انساني انجام شود نخواهد بود. | | |
| آدرس |  | |
| شماره تماس |  | |
| امضاء واثر انگشت فرد مورد پژوهش | | **امضاء پژوهشگر** |
| لطفا پيشنهادات و نظرات و يا مشكلاتي و هرگونه خلافي كه در پروسه انجام اين تحقيق وجودداشته يا دارد با شماره تلفن 53265357-061 معاونت آموزشی، تحقیقات و فناوری دانشکده علوم پزشکی آبادان و يا با پست الكترونيك src.abadan@gmail.com با ما در ميان بگذاريد. | | |