TEM-C5dar	**رضایت به اشتراک کردن در تحقیق** [Dari]	Stanford University

از شما درخواست میشود که در یک مطالعه تحقیقی اشتراک کنید. عنوان تحقیق عبارت است از:

_____

_____

_____

_____

_____

معلومات عمده برای این تحقیق به شما مهیا گردیده. پیش از اینکه موافقت کنید، محقق باید درباره این نکات به شما معلومات بدهد: (i) اهداف، روشها و مدت تحقیق؛ (ii) هر رقم روشیکه آزمایشی باشد؛ (iii) خطرات، ناراحتی‌ها، و منفعت قابل پیش بینی از تحقیق؛ (iv) هر روش یا تداوی جایگزین که ممکن است سودمند باشد؛ (v) چگونه مشخصات محرم نگهداری خواهد شد؛ و(vi) استفاده آینده معلومات یا نمونه بیولوژیکی شما.

در موارد لازم محقق ضمناً به شما در باره نکات ذیل معلومات بدهد (i) هر نوع غرامت یا تداوی طبی ممکن در صورت وقوع جراحت؛ (ii) احتمال خطرهای غیر قابل پیشبینی؛ (iii) شرایطی که محقق ممکن است شرکت شما در تحقیق را متوقف کند؛ (iv) هر هزینه اضافی که ممکن برای شما پیش آید؛ (v) چه اتفاقی می افتد اگر شما تصمیم بگیرید شرکت تان در تحقیق را متوقف کنید؛ (vi) در چه زمانی به شما در مورد یافته های جدید گفته خواهد شد که ممکن است بر تصمیم شما برای شرکت در تحقیق تأثیر بگذارد؛ (vii) چند نفر در تحقیق شرکت خواهند کرد؛ (viii) استفاده نمونه بیولوژیکی شما برای سود تجاری؛ (ix) آیا نتایج تحقیق به شما گفته خواهد شد؛ (x) آیا این تحقیق تمام توالی ژنوم را دربر خواهد گرفت؛ و(xi) آیا اطلاعات مربوط به تحقیق برای ثبت در رجیستری آزمایشگاه کلینیکی ارائه شده یا خواهد شد.

اگر رضایت میدهید که در تحقیق شرکت کنی، یک کاپی از این سند (که در صورت لازم، امضا بشود) و یک خلاصه کتبی انگلیسی از تحقیق به شما داده می‌شود.

اگر هر سؤال، پرشانی یا شکایت درباره این تحقیق ، روش ها، خطرات و منفعت، یا درمان های جایگزین دارید باید از

مدیرمقررات/پروتکال،_____

شما می توانید هم اکنون یا بعداً با آنها تماس بگیرید ازطریق_____

اگر شما از روش اجرای این تحقیق راضی نیستید ، یا اگر نگرانی یا شکایت، و یا به طور کلی سؤالی درباره تحقیق یا حقوق خود به عنوان شخص مورد مطالعه تحقیق دارید، لطفاً با هییت نظارت موسسه استنفورد Stanford Institutional Review Board (IRB) تماس بگیرید تا با یک شخص مطلع که مستقل از گروه تحقیق است صحبت کنید. با شماره تلفن های 5244-723(650) یا تلفن رایگان 2906-680-866-1 تماس بگیرید. شما همچنان می توانید به این آدرس نامه بنویسید:

the Stanford IRB, Stanford University, 1705 El Camino Real, Palo Alto, CA 94306.

شرکت شما در این تحقیق داوطلبانه است و شما برای عدم شرکت یا ادامه ندادن شرکت تان دراین تحقیق جریمه نخواهید شد و یا منفعتی را از دست نخواهید داد.

امضاء این سند بدین معنی است که این تحقیق با اطلاعاتی که در بالا آمده است برای شما به طور شفاهی توضیح داده شده است و شما داوطلبانه موافقت کرده اید که دراین تحقیق شرکت کنید

_____	_____	_____	_____
امضاء شرکت کننده نماینده مجاز قانونی/ *والدین یا سرپرستان*	*تاریخ*	*امضاء شاهد* *(مثلا کارکنان، مترجم، اعضای خانواده)*	*تاریخ*
Signature of Participant *Legally Authorized Representative/* *Parent(s) or Guardian(s)*	*Date*	*Signature of witness* *(e.g., staff, interpreter, family member)*	*Date*

دستورالعمل حقوق شرکت‌کننده در تحت آزمایشات تجربی

شما به حیث شرکت کننده در تحقیق حقوق ذیل برخوردار هستید.

این حقوق شامل موارد ذیل است ولی به آن محدود نیست:

- آگاهی از ماهیت و مقصود آزمایش؛
- دریافت توضیحات درباره روشهایی که در نظر است در آزمایش طبی پیش گرفته شود یا هر نوع ادویه یا وسیله‌ای که در نظر است به کار برده شود؛
- دریافت شرح هر ناراحتی همراه و خطراتی که منطقاً قابل پیشی‌بینی میباشد؛
- دریافت توضیح درباره هر گونه فوایدی ممکن که شخص مورد آزمایش میتواند انتظار داشته باشد، اگر وجود داشته باشد؛
- ارایه معلومات درباره هر روش دیگر، ادویه یا وسایل دیگر که ممکن است برای شخص مورد آزمایش فایده مند باشد با تشریح دادن خطرات و منافع آن؛
- در صورتیکه بعد از آزمایش عوارض ناشی از آزمایش وجود داشته باشد، از راه های تداوی طبی موجود اطلاع یابم؛

- اجازه داشته باشم تا هرگونه سوالی مرتبط با این تحقیق را قبل از شروع مطالعه و یا حین مراحل تحقیق بپرس؛
- دریافت توضیح در این باره که رضایت به اشتراک در آزمایش طبی را میتوان هر زمان پس گرفت و شخص مورد آزمایش میتواند فارغ از تبعیض یا اجحاف، از اشتراک منصرف شود؛
- تا یک کاپی از ورق امضا شده و تاریخ زده رضایتنامه را دریافت دارم ؛ و
- دریافت فرصت در تصمیمگیری براینکه موافقت کنم یا نکنم برای آزمایش طبی در عدم وجود عامل زور، خدعه، اغفال، فریب، فشار، اجبار، و اعمال نفوذ.