



رضایت نامه شرکت در «پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران - 1398»

نام و نام خانوادگی

کد فرد در خوشه بر اساس تبلت

کد ملی فرد

خانم/ آقای محترم

بدین وسیله از شما برای شرکت در «پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در جمهوری اسلامی ایران - 1398» دعوت به عمل می‌آید. اطلاعات مربوط به این مطالعه در این برگه خدمتتان ارائه شده است و شما برای شرکت یا عدم شرکت در این مطالعه آزاد هستید.

قابل ذکر است که کلیه اطلاعات شما به صورت محرمانه ثبت و ضبط می‌شود و هیچگاه به صورت فردی در جایی ارائه نخواهد شد. اطلاعات جمع‌آوری شده فقط در قالب نتایج کلی و گروهی و بدون ذکر نام و مشخصات، با هدف ارتقای سطح سلامت جامعه مورد استفاده قرار خواهد گرفت. جهت افزایش دقت در ثبت اطلاعات مصاحبه شما از طریق تبلت فرد پرسشگر ضبط می‌شود. این فایل‌های صوتی به صورت بی نام جهت ارزیابی کیفیت عملکرد پرسشگران و آموزش استفاده می‌شود و پس از آن امحا می‌گردد.

شما مجبور به تصمیم‌گیری فوری نیستید و برای تصمیم‌گیری در این باره می‌توانید سوالات خود را از تیم مطالعه بپرسید و با هر فردی که مایل باشید مشورت کنید. قبل از امضای این رضایت نامه مطمئن شوید که متوجه تمامی اطلاعات این فرم شده‌اید و به تمام سوالات شما پاسخ داده شده است.

1. من می‌دانم که هدف این مطالعه، بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران است که در صورت رضایتبخش بودن نتایج می‌تواند به عنوان راهکاری در مدیریت بیماری‌های غیرواگیر مورد استفاده قرار گیرد.
2. من می‌دانم که شرکت من در این مطالعه، کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این مطالعه نیستم. به من اطمینان داده شد که اگر حاضر به شرکت در این مطالعه نباشم؛ از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد و رابطه درمانی من با مرکز درمانی و پزشک معالجم دچار اشکال نمی‌شود.
3. من می‌دانم که حتی پس از موافقت با شرکت در مطالعه می‌توانم هر وقت که بخواهم؛ پس از اطلاع دادن به مجری، از مطالعه خارج شوم و خروج من از مطالعه باعث محرومیت از دریافت خدمات درمانی معمول برای من نخواهد شد.
4. در این مطالعه، ضمن پرسشگری و اندازه‌گیری‌های مربوط به قد، وزن، دور کمر، دور لگن، فشارخون و نبض، مقداری از خون و ادرار برای آزمایشات مربوطه گرفته خواهد شد. از این نمونه‌ها به منظور بررسی عوامل خطر اصلی قابل مداخله بیماری‌های غیرواگیر در ایران استفاده خواهد شد.
5. منافع احتمالی شرکت اینجانب در این مطالعه، بدین شرح است

اندازه‌گیری رایگان قد، وزن، دور کمر، دور لگن، فشارخون و نبض
اندازه‌گیری رایگان قند و چربی خون و سدیم ادرار و دریافت نتایج آزمایشات و ارزیابی وضعیت سلامت بر اساس بخش‌های مختلف
مطالعه‌به شکل کارنامه سلامت

6. آسیب‌ها و عوارض احتمالی شرکت در این مطالعه بدین شرح است
- تهیه نمونه‌های خونی که ممکن است به علت تماس سوزن برای استخراج قطره خون با درد یا سوزش همراه باشد.
- صرف زمان برای پاسخگویی به سوالات و اندازه‌گیری‌های بالینی
7. من می‌دانم که جهت افزایش دقت مطالعه و آموزش بهتر پرسشگران و نظارت دقیق‌تر، مصاحبه از طریق تبلت فرد پرسشگر
ضبط می‌شود و از این فایل‌های صوتی، به صورت بی‌نام، صرفاً در جهت همین اهداف استفاده می‌شود و پس از حصول نتایج مورد
انتظار نیز امحا می‌گردند.
8. من می‌دانم که بودجه این مطالعه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین می‌شود و این بودجه به منظور خرید
لوازم و تجهیزات و آموزش نیروهای درگیر مطالعه استفاده می‌شود.
9. من می‌دانم که دست‌اندرکاران این مطالعه، تمامی اطلاعات مربوط به من را نزد خودبه صورت محرمانه نگهداری می‌کنند و فقط
اجازه دارند که نتایج کلی و گروهی این مطالعه را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند.
10. من می‌دانم که دست‌اندرکاران این مطالعه، تمامی نمونه‌های بیولوژیک مربوط به من را به صورت محرمانه نگهداری می‌کنند
و فقط اجازه دارند که نتایج کلی و گروهی این مطالعه را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند و به محض استخراج نایج
آزمایشات آنها را امحا می‌کنند.
11. من می‌دانم که کمیته اخلاق در مطالعه با هدف نظارت بر رعایت حقوق اینجانب می‌تواند به اطلاعات من دسترسی داشته باشد.
12. من می‌دانم که هیچ‌یک از هزینه‌های انجام آزمایشات و اندازه‌گیری‌های بالینی بر عهده من نخواهد بود.
13. من می‌دانم که اگر در حین و بعد از انجام مطالعه، هر مشکل جسمی و روحی (به تأیید مراجع ذی‌صلاح) به علت شرکت در این
مطالعه برای من پیش‌آمد؛ درمان عوارض و هزینه‌های آن و غرامت مربوطه بر عهده مجری خواهد بود.
14. من می‌دانم که اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست‌اندرکاران یا روند مطالعه دارم می‌توانم با کمیته اخلاق در پژوهش موسسه
ملی تحقیقات جمهوری اسلامی ایران به آدرس تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک 70 - تلفن
62921000 تماس بگیرم و مشکل خود را به صورت شفاهی یا کتبی مطرح کنم.
15. این فرم اطلاعات و رضایت آگاهانه در دو نسخه تنظیم شده است و پس از امضا، یک نسخه در اختیار من و نسخه دیگر در اختیار
مجری قرار خواهد گرفت.


آدرس

تلفن ثابت

تلفن همراه

اینجانب،..... موارد فوق‌الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن، رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در این مطالعه اعلام
می‌کنم.

امضا یا اثر انگشت شرکت‌کننده‌های اینجانب دکتر فرشاد فرزادفر، خود را ملزم به اجرای تعهدات مربوط به مجری در مفاد فوق می‌دانم
و متعهد می‌شوم که در تأمین حقوق و ایمنی شرکت‌کننده در این مطالعه تلاش کنم.


دکتر فرشاد فرزاد فر
رئیس مرکز تحقیقات بیماریهای غیر واگیر

مجری مطالعه