****

**عنوان طرح پژوهشی:**

**نام محقق (پژوهشگر):**

اینجانب با کد ملی ....................................................... و آدرس.................................................................................. و تلفن..........

بدینوسیله موافقت داوطلبانه خود را برای شرکت در طرح تحقیقات بالینی (مطالعه بالینی، مطالعه پرسشنامه­ایی / آزمایش دارویی) مذکور اعلام می­دارم. ماهیت طرح تحقیقات بالینی از نظر روش، عوازض جانبی و عواقب آن برای اینجانب مشخص شده است. بنابراین متعهد می­شوم تا پایان پژوهش همکاری لازم را داشته باشم. همچنین قبول دارم که این مطالعه بدون نام است و تمام اطلاعات ارائه شده با رعایت هویت شخصی اینجانب خصوصی و محرمانه باقی خواهد ماند.

من ­می­خواهم / نمی­خواهم نتایج آزمایشات انجام شده بر روی نمونه­های مربوط به خود را بدانم.

امضاء........(موافق) امضاء.........(شاهد)

تاریخ: نام:

کدملی:

من تایید می­کنم که ماهیت و هدف از پژوهش بالینی فوق الذکر به مخاطب توضیح داده شده است.

امضاء پژوهشگر........... تاریخ