



## رضایت نامه (والدین/قیم)

نام محقق (پژوهشگر):

عنوان طرح پژوهشی:

اینجانب..... باکدملی..... و آدرس.....

و تلفن..... پدر / پدر بزرگ آقای / خانم..... یا طبق رای دادگاه دارای سمت ولی

قانونی / قیم / امین، نسبت به آقای / خانم..... تحت عنوان صغیر / غیر رشید / مجنون دائم / مجنون ادواری

/ سایر می باشم، بدینوسیله موافقت و رضایت آگاهانه و داوطلبانه خود برای شرکت شخص تحت سرپرستی خود را در طرح تحقیقات بالینی (مطالعه بالینی، مطالعه پرسشنامه‌ای / آزمایش دارویی) مذکور را اعلام می‌کنم. همچنین اعلام می‌کنم که توضیحات لازم راجع به روش، عوارض جانبی، پیامدها و سایر ویژگی‌های طرح پژوهشی، توسط پژوهشگر برای اینجانب توضیح داده شده است و هیچگونه اجبار یا اضطراب از جانب پژوهشگر جهت شرکت در برنامه پژوهشی اعمال نشده است و پژوهشگر متعهد به پرداخت هیچگونه وجه یا هدیه در ازای شرکت در مطالعه نخواهد بود. ضمناً پژوهشگر متعهد شد که موارد زیر را در مورد شخص سرپرستی اینجانب رعایت نماید: به حق اینجانب جهت انصراف از شرکت در مطالعه در هر مرحله ای احترام گذارد، تمام اطلاعات ارائه شده با رعایت هویت شخصی مورد پژوهش محرمانه باقی بماند، در صورت انصراف از شرکت در طرح پژوهشی، تمام حمایت‌ها و درمان‌ها و پیگیری‌های لازم را در اختیار اینجانب قرار دهد و خسارات ناشی از پژوهش که بیش از خطرات متعارف روزانه باشد را بر طبق رأی مرجع ذیصلاح و هزینه‌های شرکت در برنامه پژوهش (مانند مسافرت) که توسط اینجانب پرداخت شده است را با ارائه فاکتور معتبر پرداخت نماید. همچنین متعهد می‌شوم هرگونه رد و اجازه اینجانب با رعایت منافع شخص تحت سرپرستی اتخاذ شده است و در صورت عدم رعایت صرفه و منافع وی و کتمان حقیقت، پژوهشگر مسئول هیچگونه خسارتی جز در صورت اثبات تقصیر از جانب مراجع ذیصلاح نخواهد بود.

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

استفاده پژوهشی (تولید محصولات علمی) از نتایج اقدامات صرفاً درمانی در خصوص شخص تحت سرپرستی خود را اجازه می‌دهم / نمی‌دهم.

نام و نام خانوادگی داوطلب

بسمه تعالی



امضاء / اثر انگشت

In the name of God



**Parental/Legal Guardian Consent Form**

Name of Investigator (Researcher):

Title of Research Project:

I, ....., holder of National ID No. ...., residing at ....., with the telephone number ....., am the father / grandfather of Mr. / Ms. ...., or, according to the court ruling, the legal guardian / custodian / trustee of Mr. / Ms. ...., who is classified as a minor / legally incompetent / permanently mentally impaired / periodically mentally impaired / other.

Hereby, I give my informed and voluntary consent for the person under my guardianship to participate in the aforementioned clinical research project (clinical trial, questionnaire-based study, or drug trial). I also declare that all necessary explanations regarding the methodology, possible side effects, outcomes, and other characteristics of the research project have been clearly explained to me by the researcher. No coercion or pressure has been exerted by the researcher to involve my dependent in this study, and the researcher has not committed to providing any payment or gift in exchange for participation in the study. Furthermore, the researcher has committed to the following regarding the person under my guardianship:

- Respecting my right to withdraw the dependent from the study at any stage.
- Keeping all information provided confidential while protecting the personal identity of the research participant.
- Providing all necessary support, treatment, and follow-up in case of withdrawal from the research project.
- Compensating for any research-related harm that exceeds ordinary daily risks in accordance with the decision of the competent authority.
- Reimbursing the expenses related to participation in the research project (such as travel costs) upon submission of a valid receipt.

In the name of God

I also confirm that any approval or permission I provide is made with full consideration of the best interests of the person under my guardianship. In case of failure to observe such interests or withholding relevant information, the researcher shall not be liable for any damages except where negligence is confirmed by competent authorities.

☐ I do / do not wish to be informed of the results of the laboratory tests performed on the samples related to myself/the dependent individual.

☐ I do / do not permit the use of the results of therapeutic procedures performed on the person under my guardianship for research purposes (production of scientific outputs).

Name and Surname of the Volunteer:

Signature / Fingerprint: