

مطالعه ۱۵ مارچ: تاثیرات و بهبودی

نام و نام خانوادگی:
تاریخ تولد:

فرم رضایت‌نامه

اگر با شرکت در این مطالعه موافقت لطفاً موافقت خود را در مورد همه گزاره‌های زیر اعلام کنید.

بله ☐	من برگه اطلاعات شرکت‌کننده را خوانده‌ام، یا آن را برای من به زبان مادریم خوانده‌اند، و من آن را می‌فهمم.
بله ☐	به من زمان کافی برای فکر کردن درباره شرکت یا عدم شرکت در این مطالعه داده شده است.
بله ☐	من این فرصت را داشته‌ام که از نماینده قانونی، پشتیبان خانوادگی/خانواده یا دوستم برای پرسیدن سؤالاتم و سر در آوردن از این مطالعه، استفاده کنم.
بله ☐	من از جواب‌های داده شده در مورد این مطالعه راضی‌ام و نسخه‌ای از این فرم رضایت‌نامه و برگه اطلاعات دارم.
بله ☐	من برای استفاده از تله‌هلت - یعنی استفاده از تماس ویدیویی از طریق زوم - برای انجام مصاحبه در حوزه این مطالعه رضایت دارم.
بله ☐	من رضایت می‌دهم که کارکنان تیم تحقیقاتی اطلاعات مرا - از جمله اطلاعات در مورد سلامت مرا - جمع‌آوری و پردازش کنند.
بله ☐	من می‌دانم اگر بطور کلی سؤالی در مورد این مطالعه داشته باشم با چه کسی تماس بگیرم.
بله ☐	من می‌دانم که شرکت در این مطالعه داوطلبانه (مبتنی بر تصمیم من) بوده و می‌توانم هر زمان از این مطالعه خارج شوم بدون آن که این عمل تأثیری بر خدمات درمانی من بگذارد.
بله ☐ خیر ☐	اگر تصمیم به خروج از این مطالعه بگیرم، می‌پذیرم که پردازش اطلاعات جمع‌آوری شده در مورد من تا لحظه خروج ادامه یابد.
بله ☐	من رضایت می‌دهم که پزشک (جی پی) یا ارائه‌دهنده خدمات سلامتی و بهداشت فعلی من در مورد هر گونه نتیجه قابل توجه بدست آمده در طول این مطالعه آگاه شود.
بله ☐ خیر ☐	من رضایت می‌دهم که از شماره ان اچ آی من برای مقایسه تعداد دفعات مراجعه به ارائه‌دهنده خدمات سلامتی و بهداشت در ۵ سال پیش از این مطالعه و طی این مطالعه، استفاده شود.
بله ☐ خیر ☐	در صورت لزوم، برای حمایت بیشتر بعدی، رضایت می‌دهم تا به خدمات مناسب ارجاع داده شوم.
بله ☐	من موافقت می‌کنم تا یک بازرس مورد تأیید و منصوب کمیته‌های اخلاق معلولیت و بهداشت و سلامت نیوزیلند، یا هر مقام نظارتی مرتبط دیگر یا نماینده مورد تأیید آنها، بتوانند سوابق پزشکی مربوط مرا، تنها جهت کسب اطمینان از دقیق بودن اطلاعات جمع‌آوری شده برای مطالعه، بررسی کنند.
بله ☐ خیر ☐	مايلم خلاصه‌ای از نتایج بدست آمده از این مطالعه را دریافت کنم.
بله ☐ خیر ☐	من رضایت می‌دهم تا درباره مطالعات آینده در ۳ و ۵ سال پس از این حملات، با من تماس گرفته شود.
بله ☐	می‌دانم که مشارکت در این مطالعه بین خودمان می‌ماند و هیچ چیزی که بتواند موجب شناسایی من شود، در هیچ یک از گزارشات این مطالعه استفاده نخواهد شد.

اظهارنامه شرکت‌کننده:

من بدین وسیله رضایت می‌دهم تا در این مطالعه شرکت کنم.

بله ☐

ارسال