

Informed Consent Form for Participation in a Research Project

Title of Research Project:

Study on the Short-term Effects of Medication on Vascular and Cardiac Health in Patients with Hypertension

Research Project Number:

17710

Principal Investigator(s):

Dr. Armin Attar

Department or Unit:

Faculty of Medicine

Research Introduction:

This study aims to examine the blood pressure of individuals with a history of heart, brain, or renal issues over an 36-month period to evaluate the occurrence of conditions such as heart attacks and heart failure after controlling blood pressure.

Blood Sampling:

Blood samples for testing will be taken at the start of the study.

Benefits:

Improvements in blood pressure, efforts to reduce the occurrence of cardiovascular events such as heart attacks, and heart failure.

Risks:

Participants are not at risk from this study. Compensation for possible complications from new therapeutic methods or diagnostic techniques will be provided.

Costs:

All costs associated with the research project will be covered by the investigator(s), and the patient will not incur any expenses.

Confidentiality:

All test results and methods used will be confidential and only used for research purposes. Patient identity will be protected under the law.

Option to Decline or Withdraw:

Participation in the study is entirely voluntary, and participants can refuse to participate or withdraw from the study at any time without any change in the medical treatment or care they receive.

Consent:

Based on the information provided in this form and additional explanations by the project's investigators, I agree to participate in this study. A copy of this form has been provided to me.

Information, Suggestions, and Problem Resolution:

For any comments, suggestions, or problems encountered during this research, please contact the Ethics Committee of Shiraz University of Medical Sciences at the specified phone number or email. Any issues raised will be confidentially handled by the committee.

Signature of Patient/Volunteer or Legal Guardian and Date:

[Space for details and signature]

Researcher's Name and Signature:

[Space for details and signature]

باسمه تعالی

فرم رضایت آگاهانه
شرکت در طرح تحقیقاتی

عنوان طرح پژوهشی	بررسی تعیین پیامدهای قلبی و عروقی با درمان دارویی در بیماران با پیش پرفشاری خون در پیگیری های کوتاه مدت
شماره طرح پژوهشی	۱۷۷۱۰
نام مجری یا مجریان	دکتر آرمین عطار، رهام برازجانی
دانشکده یا واحد مربوطه	دانشکده پزشکی
معرفی پژوهش	در این طرح پایان نامه ایی ما قصد داریم با بررسی فشار خون افرادی که مبتلا به پیش پرفشاری خون دارند ، پس از یک بازه ی زمانی ۱۸ ماهه میزان بروز مواردی چون سکته ی قلبی، مغزی و نارسایی قلبی را بررسی کنیم
خونگیری	در ابتدای مطالعه و سپس از هر ۳ ماه مقداری خونگیری برای آزمایش های مورد نظر انجام می شود.
مزایا	بهبود فشارخون، تلاش برای کاهش بروز حوادث قلبی _ عروقی متعاقب کنترل فشار خون مانند سکته ی قلبی، نارسایی قلبی
خطرات	خطری متوجه شرکت کنندگان نیست
جبران خطرات	جبران عوارض احتمالی روش تشخیصی یا درمانی جدید به عهده مجریان طرح تحقیقاتی می باشد.
هزینه	در این طرح تحقیقاتی ، هزینه به عهده مجری یا مجریان طرح خواهد بود و بیمار هزینه ای را پرداخت نخواهد کرد.
روشهای جایگزین	از آنجایی که این طرح به بررسی فواید درمان دارویی در بیماران با پیش پرفشاری خون می پردازد، در صورت عدم رضایت، بیمار رژیم غذایی مناسب را رعایت کند.
محرمانه بودن	نتایج آزمایشها و روشهای به کار رفته به اطلاع بیمار خواهد رسید و این نتایج بصورت کاملاً محرمانه و صرفاً جهت مقاصد پژوهش به کار خواهد رفت و هویت بیمار در چارچوب قانون محرمانه خواهد ماند.
پاسخگویی به پرسشها	

شرکت من در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهم بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا هر زمان که مایل بودم بدون آنکه تغییری در نحوه رفتار پزشک درمانگر یا نحوه درمان و مراقبت از بیماری اینجانب ایجاد شود از پژوهش مذکور خارج شوم.	حق نپذیرفتن یا انصراف
با توجه به اطلاعات موجود در این فرم و توضیحات حضوری مجری یا همکاران طرح موافقت خود را با شرکت در این مطالعه اعلان می نمایم. یک نسخه از این فرم به من داده شده و فرصت خواندن آن را داشته ام.	رضایت
ضمن تشکر از همکاری شما در این پروژه تحقیقاتی لطفاً هرگونه نظرات، پیشنهادات و یا مشکلاتی در پروسه انجام این تحقیق وجود داشته است با شماره تلفن ۲۱۲۲۶۸۶ دفتر کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز و یا با ایمیل researchethic@sums.ac.ir با ما در میان بگذارید. بدیهی است پیگیری موارد مطرح شده بصورت کاملاً محرمانه توسط کمیته اخلاق در پژوهش های دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام می پذیرد.	اطلاع رسانی، پیشنهادات و پیگیری مشکلات
نام و نام خانوادگی بیمار/ داوطلب سالم (یا قیم قانونی وی) و امضاء: _____ شماره تلفن ثابت: _____ شماره تلفن همراه: _____ نام و نام خانوادگی و امضاء پژوهشگر _____ تاریخ: _____ / _____ / ۱۳ _____	