

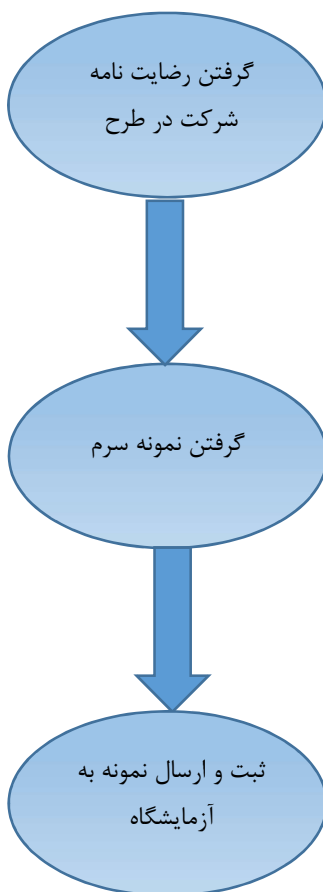
پیمایش سرواپیدمیولوژیک کووید ۱۹

نمونه‌گیر

راهنمای سامانه سیب

نگارش ۱/۱

تابستان ۹۹



برای انجام این پیمایش در صفحه میزکار، آیکون مربوطه را انتخاب کنید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت

سامانه یکپارچه بهداشت

میز کار مرکز خدمات جامع شهری

پیمایش سرواپیدمیولوژیک کووید 19

گزارش نمونه های ارسالی Covid-19

نمونه گیری و ارسال نمونه Covid-19

در این صفحه، کد ملی شرکت کننده را وارد و سپس بر روی دکمه جستجو کلیک نمایید.

پیمایش سرواپیدمیولوژیک کووید 19 (مورد)

شماره ملی سن از تا جنسیت وضعیت جستجو

ابتدا فیلتر مورد نظر خود را انتخاب و سپس بر روی جستجو کلیک کنید

گزینه "دریافت نمونه" را انتخاب کنید.

پیمایش سرواپیدمیولوژیک کووید 19 (مورد)

شماره ملی سن از تا جنسیت وضعیت جستجو

نام	نام خانوادگی	شماره ملی	سن	جنسیت	شماره تماس	وضعیت	تاریخ نمونه گیری	تاریخ دریافت نمونه	تاریخ ثبت آزمایش	تماس
...	...	002146481	17 سال و 3 ماه و 17 روز	زن	0912786252	تمایل به شرکت در تحقیق	-	-	-	دریافت نمونه



تاریخ دریافت نمونه را وارد و گزینه "رضایت نامه شرکت در طرح نظام مراقبت سرواپیدمیولوژیک کووید-۱۹ در ایران" را انتخاب کنید.



تاریخ نمونه گیری

1399/04/18

☒ رضایت نامه شرکت در طرح «نظام مراقبت سرواپیدمیولوژیک کووید 19»

در ایران»

ذخیره

چاپ رضایت نامه

دقت داشته باشید در صورت رضایت شرکت کننده باید گزینه "چاپ" را انتخاب کنید و فرم رضایت نامه شرکت در طرح را چاپ نموده و سپس توسط شرکت کننده، تکمیل و امضا گردد.

رضایت نامه شرکت در طرح «نظام مراقبت سرولوژیک کووید 19 در ایران»

آقای/ خانم محترم

بدین وسیله از شما جهت شرکت در طرح فوق‌الذکر دعوت به عمل می‌آید. اطلاعات مربوط به این طرح در این برگه خدمتتان ارائه شده است و شما برای شرکت یا عدم شرکت در آن آزاد هستید. شما مجبور به تصمیم‌گیری فوری نیستید و برای تصمیم‌گیری در این باره می‌توانید سوالات خود را از کارکنان بهداشتی بپرسید و با هر فردی که مایل باشید مشورت نمایید. 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 طرح عبارت است از: تعیین فراوانی ابتلا به بیماری کووید 19 (بیماری کرونا) در ایران و بررسی روند تغییرات آن در طول زمان جهت ارزیابی نتیجه مداخلات انجام شده و گرفتن بهترین تصمیم‌ها برای کنترل همه‌گیری آن.
2. من میدانم که شرکت من در این طرح کاملاً داوطلبانه است و مجبور به شرکت در این طرح نیستم. به من اطمینان داده شد که اگر حاضر به شرکت در این طرح نباشم، از مراقبت‌های معمول تشخیصی و درمانی محروم نخواهم شد و رابطه درمانی من با مراکز بهداشتی درمانی و پزشکان معالجم دچار اشکال نمی‌شود.
3. من میدانم که حتی پس از موافقت با شرکت در طرح می‌توانم هر وقت که بخواهم، پس از اطلاع به دعوت‌کنندگان، از طرح خارج شوم و خروج من از طرح باعث محرومیت از دریافت خدمات بهداشتی درمانی معمول برای من نخواهد شد.
4. نحوه همکاری اینجانب در این طرح به این صورت است: در صورتی که فردی علاقمند به شرکت در طرح باشد برای دادن نمونه خون جهت آزمایش سرولوژیک ابتلا به عفونت کووید 19 (کرونا) به مرکز نمونه‌گیری خون تعیین شده مراجعه خواهد کرد. از افراد رضایت‌نامه آگاهانه کتبی کسب می‌شود و در آن قید شده است که در هر زمان که می‌خواهند می‌توانند از انجام طرح انصراف دهند. فرد فقط یکبار برای دادن نمونه خون به مرکز نمونه‌گیری خون منتخب مراجعه می‌کند و نیاز به مراجعات پیگیری وجود ندارد.
5. منافع احتمالی شرکت اینجانب در این مطالعه به این شرح است: من از طریق نتیجه آزمایش انجام شده از مبتلا شدنم به بیماری کووید 19 (کرونا) مطلع می‌شوم.
6. آسیب‌ها و عوارض احتمالی شرکت در این مطالعه به این شرح است: تنها از من 10 میلی لیتر خون نمونه‌گیری می‌شود. مسائل بهداشتی به طور کامل هنگام نمونه‌گیری رعایت می‌گردد. ماسک و دستکش در اختیار من قرار داده می‌شود و محلول ضد عفونی دست در مرکز نمونه‌گیری خون موجود است. نمونه‌گیری خون هیچگونه مداخله‌ای در درمان‌ها و مراقبت‌هایی که من در حال استفاده از آنها می‌باشم ندارد. این طرح هیچگونه عارضه و ضرری برای من ندارد.

7. در صورت عدم تمایل به شرکت در مطالعه روش معمول درمانی برای من ارائه خواهد شد که منافع و عوارض آن به این شرح است: در این طرح هیچ گونه مداخله درمانی، دارویی یا غیره برای من انجام نمی شود.

8. من میدانم که دست اندر کاران این طرح، کلیه اطلاعات مربوط به من را نزد خود به صورت محرمانه نگه داشته و فقط اجازه دارند نتایج کلی و گروهی این پژوهش را بدون ذکر نام و مشخصات اینجانب منتشر کنند.

9. من میدانم که کمیته اخلاق در پژوهش با هدف نظارت بر رعایت حقوق اینجانب میتواند به اطلاعات من دسترسی داشته باشد.

10. من میدانم که هیچ یک از هزینه های انجام مداخلات طرح به شرح ذیل بر عهده من نخواهد بود:
- هزینه انجام آزمایش سرولوژی کووید 19 (کرونا)

11. آقا/خانم دکتر (معاون بهداشتی شبکه بهداشت) جهت پاسخگویی به اینجانب معرفی شد و به من گفته شد تا هر وقت مشکلی یا سوالی در رابطه با شرکت در طرح مذکور پیش آمد با ایشان در میان بگذارم و راهنمایی بخواهم.

آدرس و شماره تلفن ثابت ایشان به شرح به من ارائه شد:
• آدرس: معاونت بهداشتی شبکه بهداشت و درمان شهرستان
• تلفن ثابت:

12. من میدانم که اگر در حین و بعد از انجام طرح هر مشکلی اعم از جسمی و روحی به علت شرکت در این طرح برای من پیش آمد درمان عوارض، و هزینه های آن و غرامت مربوطه بر عهده مجری طرح خواهد بود.

13. من میدانم اگر اشکال یا اعتراضی نسبت به دست اندرکاران یا روند پژوهش دارم می توانم با کمیته اخلاق در پژوهش موسسه ملی تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران به آدرس: تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰ و تلفن 02162921000 تماس گرفته و مشکل خود را به صورت شفاهی یا کتبی مطرح نمایم.

14. این فرم اطلاعات و رضایت آگاهانه در دو نسخه تنظیم شده و پس از امضا یک نسخه در اختیار من و نسخه دیگر در اختیار مجری طرح قرار خواهد گرفت.

اینجانب موارد فوق الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در این طرح اعلام میکنم. (تکمیل و امضای این قسمت برای همه شرکت کنندگان 12 ساله و بیشتر الزامی است).
امضا و اثر انگشت شرکت کننده

اینجانب ولی یا قیم قانونی موارد فوق الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت "کودک" یا "فرد تحت سرپرستی" ام در این طرح اعلام میکنم. (تکمیل و امضای این قسمت برای همه شرکت کنندگان زیر 18 سال الزامی است).
امضا و اثر انگشت ولی یا قیم قانونی

نکته ۱: اگر سن متقاضی کمتر از ۱۲ سال می باشد، کادر مربوطه مطابق تصویر ذیل توسط ولی و قیم وی تکمیل و امضا گردد.

اینجانب ولی یا قیم قانونی موارد فوق‌الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت "کودک" یا "فرد تحت سرپرستی" ام در این طرح اعلام می‌کنم. (تکمیل و امضای این قسمت برای همه شرکت کنندگان زیر ۱۸ سال الزامی است.) امضا و اثر انگشت ولی یا قیم قانونی

نکته ۲: اگر سن متقاضی بین ۱۲ تا ۱۸ سال می باشد، کادرهای مربوطه مطابق تصویر ذیل توسط خود و ولی، تکمیل و امضا گردد.

اینجانب موارد فوق‌الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در این طرح اعلام می‌کنم. (تکمیل و امضای این قسمت برای همه شرکت کنندگان ۱۲ ساله و بیشتر الزامی است.) امضا و اثر انگشت شرکت کننده

اینجانب ولی یا قیم قانونی موارد فوق‌الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت "کودک" یا "فرد تحت سرپرستی" ام در این طرح اعلام می‌کنم. (تکمیل و امضای این قسمت برای همه شرکت کنندگان زیر ۱۸ سال الزامی است.) امضا و اثر انگشت ولی یا قیم قانونی

نکته ۳: اگر سن متقاضی بیشتر از ۱۸ سال می باشد، کادر مربوطه مطابق تصویر ذیل توسط فرد تکمیل و امضا گردد.

اینجانب موارد فوق‌الذکر را خواندم و فهمیدم و بر اساس آن رضایت آگاهانه خود را برای شرکت در این طرح اعلام می‌کنم. (تکمیل و امضای این قسمت برای همه شرکت کنندگان ۱۲ ساله و بیشتر الزامی است.) امضا و اثر انگشت شرکت کننده
