



فرم موافقت برای شرکت در پژوهش علمی “Kupol”

من موافقت می‌کنم که خود و فرزندم در پژوهش علمی Kupol شرکت کنیم و از اطلاعات فردی من و فرزندم در این پژوهش علمی استفاده شود. من اطلاعات کتبی در این زمینه را دریافت کرده و از امکان طرح سوالات در مورد این پژوهش علمی برخوردار بوده‌ام. من درک می‌کنم که مشارکت من و فرزندم در این پژوهش علمی کاملاً اختیاری است و ما هر زمان که مایل باشیم می‌توانیم بدون ذکر دلیل به مشارکت خود خاتمه دهیم.

لطفاً گزینه‌های “بله” یا “نخیر” را ضربدر بزنید:

بله نخیر

A من موافقت می‌کنم که فرزندم پرسشنامه‌ای را که در یک بایگانی کامپیوتری در انستیتوی کارولینسکا ذخیره می‌شود و برای تحقیقات علمی در مورد اهمیت محیط مدرسه برای تندرستی روحی نوجوانان استفاده می‌شود را تکمیل کند.

بله نخیر

B من موافقت می‌کنم که شما اطلاعات بایگانی شده در مورد من و فرزندم را استعلام کنید.

بله نخیر

C من موافقت می‌کنم که فرزندم نمونه آزمایش بزاق دهان بدهد. من همچنین موافقت می‌کنم که آزمایش بزاق دهان در بانک بیولوژیکی بیمارستان دانشگاهی کارولینسکا نگهداری شود و این آزمایش‌ها برای پژوهش علمی در مورد چگونگی تأثیر مدرسه و تحصیل بر روی استرس نوجوانان استفاده شوند. توجه داشته باشید که در مورد فرزندان که دارای دو نفر سرپرست هستند امضای هر دو سرپرست برای آنکه ما بتوانیم نمونه آزمایش بزاق دهان را بگیریم، لازم است.

نام فرزند: _____ شماره شناسائی فردی فرزند: _____

نام مدرسه: _____ کلاس: _____

امضای فرزند: _____

سرپرست شماره 1

امضاء: _____ تاریخ: _____

نام بطور خوانا: _____

رابطه خویشاوندی با فرزند: پدر تنی پدر خوانده مادر تنی مادر خوانده سایر، کدام؟ من دارای سرپرستی انحصاری فرزندم هستم پدر ناتنی مادر ناتنی

امضاء: _____ تاریخ: _____

نام بطور خوانا: _____

رابطه خویشاوندی با فرزند: پدر تنی پسر خوانده سایر، کدام؟
 مادر تنی مادر خوانده
 پدر ناتنی من دارای سرپرستی انحصاری فرزندم هستم
 مادر ناتنی

اگر شما دارای سرپرستی مشترک فرزند هستید ولی با سرپرست دیگر زندگی نمی کنید، خواهشمندیم فرم موافقتنامه را به او تحویل دهید تا او بتواند آنرا امضاء کند. اگر دسترسی به سرپرست دیگر برای شما دشوار است، خواهشمندیم آدرس او را ذیلاً بنویسید تا ما بتوانیم با او تماس بگیریم.

نام (سرپرست شماره 2): _____

آدرس او: _____

برای اینکه ما بتوانیم در صورت لزوم با شما و فرزندتان تماس بگیریم لطفاً مشخصات تماس خود را در زیر قید بفرمایید:

آدرس پستی: _____

آدرس ایمیل: _____ شماره تلفن همراه (موبیل): _____

این فرم را با پاکت پاسخ نامه اداری پیوست شده ارسال نمایید.

Karolinska
InstitutetStockholms
universitetUPPSALA
UNIVERSITET

مخاطبان
Elin Arnö (kontaktperson)
Forskningssamordnare
Tel: 08 - 524 801 08
elin.arno@ki.se

Rosaria Galanti
Professor, projektansvarig
Tel: 08 - 123 371 65
rosaria.galanti@ki.se

س مراجعه
Widerströmska Huset
Tomtebodavägen 18a
Stockholm

وبسایت ها
Ki.se
Kupolstudien.se

آدرس پستی
Karolinska Institutet
Institutionen för folkhälsovetenskap
Projekt Kupol
Tomtebodavägen 18a
Stockholm 77 171

شماره ثبت سازمان 202100 2973