

موافقة على الاشتراك في بحث طبي

Consent Form to Participate in Research

نطلب منك المشاركة في بحث طبي دراسي.

لكن قبل أن توافق، يجب على الباحث إخبارك عن:

- 1) أهداف وإجراءات ومدة هذا البحث
- 2) أي إجراءات تجريبية
- 3) أي أخطار أو أضرار جانبية أو مضايقات المتوقع حصولها كما في ذلك فوائد من إجراء البحث
- 4) أي إجراءات بديلة التي ربما يكون لها منافع
- 5) كيفية المحافظة على سرية معلوماتك الشخصية

ويجب على الباحث إخبارك أيضا عن:

- 1) أي تعويض أو علاج طبي يحق لك في حال الإصابة بضرر
- 2) إمكانية حدوث أخطار أو أضرار جانبية غير متوقعة
- 3) ظروف معينة يضطر منها الباحث وقف مشاركتك في البحث
- 4) أي تكاليف إضافية عليك
- 5) ماذا يحدث إذا قررت أنت أن تنتهي مشاركتك في البحث
- 6) متى يتم إخبارك عن نتائج جديدة قد تؤثر على مشاركتك في البحث
- 7) عدد المشتركين في هذا البحث الطبي الدراسي

إذا وافقت على المشاركة في هذا البحث، يجب أن تعطي نسخة من هذه الوثيقة (موقعة منك) وملخص خطي عن هذا البحث. يمكنك الاتصال بـ _____ (Name) على رقم الهاتف _____ (Tel/Questions) في حال عندك أي أسئلة عن البحث. ويمكنك الاتصال بـ _____ (Name) على رقم الهاتف _____ (Tel/Injury) في حال عندك أي أسئلة عن حقوقك كمشارك في بحث طبي دراسي أو إذا أردت أن تعرف ما العمل في حال إصابتك بضرر.

مساهمتك في هذا البحث مساهمة اختيارية وتطوعية. إذا قررت أن لا تشارك أو إذا شاركت في البحث ثم قررت أن توقف مساهمتك – لن يتخذ أي إجراء ضدك ولن تخسر أي فوائد. إمضاؤك على هذه الوثيقة يعني انه قد تم شرح هذا البحث الطبي الدراسي لك شفويا (مع كل المعلومات المذكورة أعلاه) وانك قد قررت المشاركة التطوعية في هذه الدراسة.

Date التاريخ

Signature of Participant إمضاء المشارك في البحث

Date التاريخ

Signature of Witness

إمضاء شاهد