**استمارة الموافقة علي المشاركة في البحث**

**عنوان البحث باللغة العربية**

الباحثون: استاذ دكتور جامعة

استاذ دكتور جامعه

دكتور جامعه

الغرض من الدراسة:

الإجراءات / الأعمال المطلوبة من المشارك:

الفترة الزمنية المطلوبة لمشاركة المريض:

المخاطر:

الفوائد للمشارك والمجتمع:

حماية خصوصية المشارك و سرية البيانات:

المشاركة تطوعية:

تكاليف مشاركة المريض فى البحث :

التعويض:

الحق فى الانسحاب:

البدائل المتاحة للمريض فى حالة عدم الرغبة فى المشاركة:

(لا يحرمك التوقيع على نموذج الموافقة هذا أى من حقوقك القانونية بأى حال كما لا يعفي الباحثين أو الراعى أو المؤسسة المشاركة من مسئولياتهم المهنية او القانونية )

* لمعرفة المزيد عن هذه الدراسة يمكنك الاتصال بالدكتور-------------- ت: ------------- 02

أو الاتصال بالدكتور-------------- ت: ------------- 02

* فى حالة حدوث متاعب صحية نتيجة المشاركة فى الدراسة يمكنك الاتصال بالدكتور------------- ت:---------- -02

أو في حالة الطوارئ الاتصال خارج مواعيد العمل الرسمية بالدكتور ---------------- ت: ------------- 02

أو التوجه الي ----------------------------------------------------------------.

* فى حالة وجود شكوى، يرجى الاتصال بمكتب لجنة مراجعة اخلاقيات البحوث تليفون رقم01003657120

إذا كنت توافق على الاشتراك فى هذه الدراسة، قم بالإشارة فى المكان المناسب فى الجزء التالى:

لقد تم شرح كل المعلومات الواردة فى هذه الاتفاقية: \_\_\_\_\_\_\_.

لقد قرأت وفهمت المعلومات الواردة فى هذه الاتفاقية: \_\_\_\_\_\_\_.

اسم المشارك: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم المشارك: \_\_\_\_\_\_\_ توقيعه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم الشخص المسئول عن المشارك (ولي الأمر): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ توقيعه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

شاهد علي إجراءات الموافقة : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ توقيعه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع مسئول الدراسة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

سارية من : / /20 إلى / / 20

تسلم نسخة للمشارك وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث فى ملف المشارك