|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مرفق (4 - A )** | | | | | | | | | | | |
| **إستمارة الموافقة على المشاركة في بحث علمي إكلينيكي (متطوع/ مريض)**  **(الموافقة المستنيرة)** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | * إقرار من : |
|  | | | | | | | | | | | * الرقم القومي: |
|  | | الوصي الرسمي أو القَيم: (**في حالة القصر أو المعاقين أو ناقصي الأهلية**): | | | | |  | | متطوع/مريض بالغ (**كامل الأهلية**): | | * الصفة: |
| * في حالة الحوامل والمرضعات:   يجب موافقة الزوج والتوقيع على المشاركة في البحث | | | | | | | | | | |
|  | | الزوج: | |  | | مرضع: | |  | | حامل: |
| بموافقتي طواعية على المشاركة في البحث والإطلاع على بيانات البحث التالي ذكرها: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | * مسئول البحث: |
|  | | | | | | | | | | | * بقسم: |
|  | | | | | | | | | | | * كلية: |
|  | | | | | | | | | | | * جامعة: |
|  | | | | | | | | | | | * عنوان البحث: |
|  | | | | | | | | | | | * مكان البحث: |
|  | | | | | | | | | | | * مدة البحث: |
|  | | | | | | | | | | | * خطوات البحث: |
|  | | | | | | | | | | | * الفوائد والأهداف المرجوة من البحث: |
|  | | | | | | | | | | | * الآثار الجانبية المحتملة/ المخاطر المحتملة: |
|  | | | | | | | | | | | * البدائل المتاحة/المحتملة فى حال عدم إستكمال البحث: |
|  | | | | | | | | | | | * التعهد بحفظ سرية المشارك: |
|  | | | | | | | | | | | * هل المشارك يشارك فى أبحاث أو دراسات أخري أثناء إجراء البحث؟ |
|  | لا |  | نعم | | * الموافقة على تقسيم المجموعات الواردة في البحث وعلى إحتمالية التوزيع العشوائي بها: | | | | | | |
|  | لا |  | نعم | | * الموافقة على التسجيل الرقمي وإعلامي قبل التسجيل الصوتي أو التصوير، وإستخدام التسجيلات للأغراض البحثية فقط: | | | | | | |
| * كما أقر بأن المسئول عن البحث قد قام بإعلامي بالنقاط التالية: | | | | | | | | | | | |
| 1. أن البحث لا يتعارض مع قيم وأخلاقيات المجتمع. 2. أن تحاط نتائج البحث بالسرية الكاملة ولا تستخدم لغرض آخر غير البحث العلمي. 3. كانت لي الفرصة للسؤال عما أريد وأجيبت أسئلتي كلها بوضوح وشفافية. 4. الحق في الإنسحاب الكامل من البحث دون أن يلحق بي أية عواقب نتيجة الإنسحاب في أي مرحلة من المراحل مع توفير كافة البدائل المتاحة/المحتملة للمتطوع/للمريض فى حال الإنسحاب. 5. الحق في الإنسحاب لا يؤدى إلى حجب أي خدمة طبية مقدمة. 6. الحق في الإطلاع على البيانات الخاصة بي عند طلبها. | | | | | | | | | | | |
| وهذا إقرار منى بذلك ،، | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| * + اسم المتطوع: |
| * + التوقيع: |
| * + البصمة: |
| التاريخ: / / |

|  |
| --- |
| * + اسم المسئول عن البحث: |
| * + التوقيع: |
| التاريخ: / / |

|  |
| --- |
| * + اسم المشرف الرئيسي: |
| * + التوقيع: |
| التاريخ: / / |