**كلية** : ……………………………………….. **مستشفى** : ………………………………………..

**قسم** : ……………………………………….. **قسم** : ……………………………………….

**عنوان المشروع:**

…………………………………………………………………………………………………

**ما الهدف من الدراسة؟**

…………………………………………………………………………………………………

**لماذا تمت دعوتي للمشاركة؟**

…………………………………………………………………………………………………

**ما هي الإجراءات التي سوف يتم تطبيقها على نفسي في حال موافقتي على المشاركة؟**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**ما هي فوائد مشاركتي في هذه الدراسة؟**

…………………………………………………………………………………………………

**ما هي مخاطر مشاركتي في هذه الدراسة؟**

…………………………………………………………………………………………………

**ماذا سيحصل للمعلومات التي أزودكم بها؟**

…………………………………………………………………………………………………

**بمن يمكنني الاتصال لمزيد من الاستفسار؟**

اسم الباحث: …………………………………………… الهاتف: ………………………………

**دعوة للمشاركة (على الباحث تعديل هذا الجزء بما يتوافق مع البحث):**

يرجى العلم بأن لك الحق في قبول أو رفض المشاركة في هذه الدراسة. في حال القبول، فإن لك الحق في الإنسحاب في أي وقت تشاء دون أن يؤثر إنسحابك على علاجك (للمريض) أو أدائك المهني (للموظف) أو تحصيلك العلمي (للطالب).

**ملاحظة للباحث: (يرجى التحديد فيما إذا كان البالغ "مريض" أم "مشارك")**

التاريخ:

|  |
| --- |
| موافق اسم المريض/المشارك : ………………………… التوقيع: …….…………… |
| غير موافق اسم المريض/المشارك : ………………………… التوقيع:…….…………… |

**اسم الباحث:** …………………………**رقم الهاتف:** …………………**التوقيع:** …….……………

**إرشادات:**

* في باب **الإجراءات المتبعة** يجب عليك وصف الاختبارات (نوع الاختبار، العينات، كمية كل عينة، الحجم والتردد) التي وزملائك الباحثين سوف تستخدمونها في هذا البحث. الرجاء التأكد من أنك تستخدم لغة مبسطة بحيث يمكن شرح تلك الإجراءات بالضبط للمريض/الشخص المشارك وما سيحدث له خلال هذا البحث. لا تستخدم التفاصيل العلمية التي قد لا تهم المريض/الشخص المشارك حيث أنك في هذا النموذج تخاطبه شخصيا.
* يجب اعتماد موافقة المشارك/المشاركة في لحظة الموافقة حيث يوقع على نموذج اقرار الموافقة كل من الباحث والمشارك/المشاركة مع ذكر تاريخ التوقيع. إذا كان المشارك/ المشاركة لا يمكنه القراءة فإنه يجب تقديم وشرح نموذج اقرار الموافقة له/لها شفهيا، ويتم ذلك بحضور شاهد يمكنه قراءة النموذج، ثم يعتمد النموذج بتوقيع المشارك/المشاركة أو باستخدام بصمة الإصبع الخاص به/بها وبتوقيع كل من الشاهد والباحث أيضا على أن يذكر التاريخ عند كل توقيع.
* يحتفظ الباحث بالنسخة الأصلية من النموذج بينما يحصل المشارك/المشاركة على نسخة منه.
* يباشر الباحث في إجراءات البحث فقط في حالة استيفائه لإقرار الموافقة من المشارك/المشاركة.
* يحظر تزويد راعي مشروع البحث بأسماء المشاركين/المشاركات في مشروع البحث على أن تستخدم الأرقام والأحرف الابتدائية من اسم المشارك/المشاركة في نموذج تقرير المشروع، ويتم إعلام المشارك/المشاركة بأن ممثلي راعي مشروع البحث ولجنة أخلاقيات مستقلة أو السلطات التنظيمية يمكنهم تفقد سجلاتهم الطبية للتحقق من المعلومات التي تم جمعها وأن جميع المعلومات الشخصية التي تم توفيرها للبحث سيتم معاملتها بتحفظ وسرية تامة وفقا للقوانين المحلية لحماية البيانات.
* يحافظ الباحث على قائمة البيانات التعريفية بكل مشارك/مشاركة (التي تحتوي على الرقم المقيد أمام كل اسم من أسماء المشاركين/المشاركات) للتمكن تحديد السجلات.
* في باب **العينة الضابطة من المتطوعين** يرجى تحديد مثال/أمثلة على الأشخاص - **من** **غير المرضى/الأشخاص الأساسيين المستهدفين للبحث** - والذين تستهدفهم في هذا البحث (الأصحاء من الاخوة/الأخوات للمرضى أو غيرهم) وتحديد الإجراءات التي ستقع عليهم (إن وجد).

بعد شرح الإجراءات والغرض من هذا البحث، يجب التأكيد على أن المريض/الشخص المشارك لديه الحق في قبول أو رفض المشاركة في البحث. بناء على الاتفاق بين الباحث والمريض/الشخص المشارك بعد موافقة الأخير، فإن الباحثين في هذا البحث يتعهدون بالحفاظ على معلومات المريض/الشخص المشارك الشخصية في سرية تامة، وأن لا يتم تبادل أي معلومات تخص المريض/الشخص المشارك خارج نطاق هذا البحث، وعدم إرسال أي عينات تخص المريض/الشخص المشارك للخارج لأغراض أخرى دون الحصول على موافقة من **لجنة مركز العلوم الطبية لأخلاقيات البحث العلمي**. في حال رفض المريض/الشخص المشاركة في البحث، فإنه يستمر في تلقي علاجه المتعارف عليه لحالته المرضية (إن وجد).

* يرجى إضافة اسمك ورقم هاتفك كمعلومات تواصل بينك وبين المريض/المتطوع المشارك في بحثك.

**ملاحظة: يرجى عدم طباعة هذه الصفحة عندما تقدم النموذج إلى اللجنة والاكتفاء بصفحة النموذج.**

**ولكم جزيل الشكر**