

اسم المريض : الرقم الطبي:

اسم المشرف على البحث : رقم الهاتف:

عنوان البحث:

- قبل موافقتي على البحث تم اعلامي من قبل الباحث بما يلي :
 - 1 - موافقة الجهات المعنية في المستشفى على اجراء البحث.
 - 2 - اهداف البحث واجراءاته.
 - 3 - اية اخطار ممكنة ومتوقعة وأية مضايقات او منافع ناتجة عن البحث.
 - 4 - اية اجراءات او علاجات بديلة ومحتملة.
 - 5 - احتمال خطورة غير متوقعة.
 - 6 - اية تعويضات او علاج طبي مؤمن لي في حال حدوث اذى او ضرر ما نتيجة البحث.
 - 7 - المدة الزمنية اللازمة للبحث .
 - 8 - كيفية الحفاظ على سرية المعلومات.
 - 9 - الحالات التي ممكن ان تحت الباحث على ايقافه عن المشاركة في البحث.
 - 10 - لي جهد اضافي ممكن ان ابذله لغاية البحث.
 - 11 - ماذا يحصل في حال قررت ان اتوقف عن المشاركة في البحث.
 - 12 - متى يتوجب اعلامي باستنتاجات جديدة ممكن ان تؤثر على عزيمة في المشاركة في البحث.

■ إذا كان لديك اسئلة ما تتعلق بحقوقك كمشارك في هذا البحث او فيما يتوجب عليك عمله في حال اصابتك بأذى او بضرر فمن الممكن الاتصال في اي وقت من الاوقات بـ على الرقم

- مشاركتك في هذا البحث اختيارية فلن تعاقب أو تخسر اية منافع في حال قررت عدم المشاركة او التوقف عن المشاركة في اي وقت .
- بمجرد توقيعك على هذا المستند فإنك تقرر بأنك توافق اختيارياً على المشاركة في هذا البحث وان المعلومات المدونة اعلاه قد شرحت لك بالكامل.

| | | |
|---------|----------------------|--------|
| التاريخ | اسم المشارك | توقيعه |
| | | |
| التاريخ | اسم الشاهد الاول | توقيعه |
| | | |
| التاريخ | اسم الشاهد الثاني | توقيعه |
| | | |
| التاريخ | اسم المشرف على البحث | توقيعه |
| | | |

■ ملاحظة هامة: يجب حفظ نسخة من هذا النموذج في الملف الطبي للمشارك