

اسم المريض/ المشارك:	الرقم الطبي:	رقم الهاتف:
اسم المشرف على البحث:	رقم الهاتف:	
عنوان البحث:		

- قبل اخذ موافقتي على البحث تم إعلامي من قبل الباحث بما يلي:

١- ان البحث حاصل على موافقة الجهات المعنية في المستشفى لإجراء البحث وفق ما ورد في (كتاب موافقة لجنة البحث على الانسان (IRB) و/ او كتاب موافقة إدارة المستشفى).

٢- المدة الزمنية اللازمة للبحث:

٣- أهداف البحث وإجراءاته:

٤- الفوائد من مشاركتي بالبحث:

٥- أية اجراءات أو علاجات بديلة ومحتملة (ان وجدت):

٦- المخاطر والمضاعفات ذات الصلة المتوقع حدوثها اثناء اجراء البحث:

٧- كيفية الحفاظ على سرية المعلومات::

يتم حفظ أي بيانات خاصة بي - وتتعلق بالبحث- بشكل آمن، ولا يسمح باطلاع أي شخص عليها دون موافقتي الخطية على ذلك.

٨- أية تعويضات أو علاج طبي مؤمن لي في حال حدوث أذى أو ضرر نتيجة مشاركتي بالبحث:

٩- الحالات التي يمكن أن تحت الباحث على ايقافني عن المشاركة في البحث:

١٠- أي جهد إضافي ممكن أن أبذله لغاية البحث:

١١- متى يتوجب إعلامي باستنتاجات جديدة ممكن أن تؤثر على عزميتي في المشاركة في البحث:

- إذا كان لديك أسئلة ما تتعلق بحقوقك كمشارك في هذا البحث أو فيما يتوجب عليك عمله في حال اصابتك بأذى أو بضرر فمن الممكن

الاتصال في أي وقت من الأوقات بـ: الاسم: الرقم:

مشاركتك في هذا البحث اختيارية فلن تعاقب أو تخسر أية منافع في حال قررت عدم المشاركة أو التوقف عن المشاركة في أي وقت.

- بمجرد توقيعك على هذا المستند فانت تقر بأنك توافق اختيارياً على المشاركة في هذا البحث وأن المعلومات المدونة أعلاه قد شرحت لك بالكامل.

اسم المشارك:	التوقيع	التاريخ:
اسم الشاهد الأول:	التوقيع	التاريخ:
اسم الشاهد الثاني:	التوقيع	التاريخ:
اسم المشرف على البحث:	التوقيع	التاريخ:

- ملاحظة هامة: يجب حفظ نسخة من هذا النموذج في الملف الطبي للمشارك بالبحث إذا كان من مرضى المستشفى