

عنوان الدراسة البحثية:
Title of Research Study

الباحث الرئيسي:
Principal Investigator

موافقة على الاشتراك في بحث طبي

Consent Form to Participate in Research

نطلب منك المشاركة في بحث طبي دراسي.

لكن قبل أن توافق، يجب على الباحث إخبارك بما يلي:

(١) أهداف وإجراءات ومدة هذا البحث. (٢) أي إجراءات تجريبية. (٣) أي مخاطر أو إنزعاجات أو فوائد يُعقّل توقع حصولها في البحث. (٤) أية إجراءات أو علاجات بديلة التي ربما يكون لها منافع. (٥) كيفية المحافظة على الخصوصية وسرية معلوماتك الشخصية.

ويجب على الباحث إخبارك أيضاً عن:

(١) أي تعويض أو علاج طبي يحق لك في حال الإصابة بضرر. (٢) إمكانية مخاطر غير متوقعة. (٣) ظروف معينة يضطر فيها الباحث على إنهاء مشاركتك في البحث. (٤) أي تكاليف إضافية تترتب عليك. (٥) ماذا يحدث إذا قررت أنت أن تنتهي مشاركتك في البحث. (٦) متى يتم إخبارك عن نتائج جديدة قد تؤثر على رغبتك في المشاركة. (٧) عدد المشتركين في هذه الدراسة البحثية.

إذا وافقت على المشاركة في هذه الدراسة، يجب إعطائك نسخة موقعة من هذه الوثيقة وملخص خطي عن البحث.

يمكنك الإتصال بـ _____ على الرقم _____ في أي وقت يكون
(Name of contact for questions about study) (Telephone)

لديك أسئلة حول هذا البحث.

كما ويمكنك الإتصال بـ مكتب لجنة البحوث البشرية لدى "بارتنرز" على الرقم ٦١٧-٤٢٤-٤١٠٠ إن كان
(Name of contact for questions about rights or injury) (Telephone)

لديك أسئلة تتعلق بالحقوق العائدة لك بصفقتك شخص موضوع البحث أو ما العمل في حال إصابتك بضرر.

مساهماتك في هذا البحث طوعية. سوف لن يُتخذ أي إجراء ضدك ولن تخسر أي فوائد إذا رفضت المشاركة بها أو قررت إنهاء مشاركتك بها.

توقيعك على هذه الوثيقة يعني انه قد تم شرح هذه الدراسة البحثية لك شفويًا، وانك قد قررت المشاركة بها طوعًا.

التاريخ
(Date)

(Signature of Participant)

توقيع المشارك في البحث

التاريخ
(Date)

(Signature of Interpreter)

توقيع المترجم

أو

التاريخ
(Date)

(Signature of Non-Interpreter Witness)