



U- IRB - # نمود ء

عنوان البءء :

الباءء الرئىسى :

الباءءون المشاركون (المشرفون): الدكتور ----- ، الدكتور ----- ،  
الدكتور -----

الغرض من الدراسة :

### إقرار موافقة على التصوير الفوتوغرافى لمريض

أنا ، \_\_\_\_\_ ، أسمح للباءء الشىماء محمد إبراهيم ----- بقسم  
الجلدية والتناسلية.....بكلية الطب جامعة الزقازيق بالحصول على صور للمرض الخاص بى لأغراض  
تعليمية أو بحثية مع ( عدم كشف هويتى- السماح بكشف هويتى ).

أوافق ان الصور والمعلومات التى تتعلق بحالى قد تنشر أو تستعمل للأغراض التى يعتقد الباءء انها  
صحيحة وهذه الإستعمالات قد تتضمن المحاضرات و النشر بالمجلات الطبية على ان لا أكون معرف بالأسم  
فى أى من هذا المجلات أو الإستعمالات.

### إقرار موافقة على أخذ عينة من الجسم

أنا ، \_\_\_\_\_ ، أسمح للباءء -----بقسم..... بكلية الطب  
جامعة الزقازيق على أخذ عينة .....من المرض الخاص بى لأغراض تشخيصية و تعليمية أو بحثية.

و أوافق ان صور والمعلومات والتشخيص التى تتعلق بالمرض الخاص بى قد تنشر أو تستعمل للأغراض  
التي يعتقد القسم ذاته انها صحيحة وهذه الإستعمالات قد تتضمن المحاضرات و النشر بالمجلات الطبية على  
ان لا أكون معرف بالأسم فى أى من هذا المجلات أو الإستعمالات.

توقيع المريض\* :

التاريخ: ولي أمر المشارك فى البءء الباءء:

---\* إذا كان المريض قاصر أو غير قادر على إعطاء موافقة كتابية لأي سبب، يجب أن تحصل  
الموافقة من قبل ولي أمر أصلى أو قانونى للمريض.