



نموذج ٣: ZU- IRB #:

استمارة موافقة المشارك (المريض) علي المشاركة في البحث

مطلوب منك المشاركة كعينة في مشروع بحثي بعنوان. - - - - -
تحت اشراف الباحث الرئيسي د/ - - - - - بالاشتراك مع د- - - - - و د- - - - -
ود - - - - -

الغرض من الدراسة: - - - - -

الإجراءات / الأعمال المطلوبة من المشارك خاصة بالبحث:

يتم عرض مقدمة لما هو متبع الان

بعد موافقتك، سيتم عمل التالي لك: -

المخاطر: لا توجد مخاطر

الإجراءات / الأعمال المطلوبة من المشارك غير خاصة بالبحث:

سيلزم اجراء تحليلات لتقييم حاله قبل عمل التنظير.

عدد الحالات المشاركة/الفترة الزمنية المطلوبة للمشاركة: فقط سحب عينة الدم

الفوائد للمشارك: ليس لك اى فوائد من المشاركة

الفوائد للمجتمع: مشاركتك في البحث سيخدم المجتمع بتقديم معلومات اضافية بالنسبة للحالات

المماثلة مما قد يودى الى تحسين الخدمة المقدمة لمثل تلك الحالات

بدائل المشاركة: عدم المشاركة بالبحث

الحق في الانسحاب الآمن من الدراسة: يمكن لك الانسحاب من البحث فى اى وقت بدون عواقب او

تأثير على المتابعة الصحية لك.

تكاليف المشاركة فى البحث: ستقدم لك كل الخدمات بدون تكاليف

التعويضات للاصابة الجسمية نتيجة البحث: اذا اصبحت جسديا بسبب المشاركة سيتم توفير العلاج

المناسب بالمستشفى و لن يكون هناك تعويض مادي

حماية خصوصية المشارك و سرية البيانات:

- سجل الدراسة التى يمكن التعرف عليك من خلالها سيتم الاحتفاظ بسريته.
- بتوقيع استمارة الموافقة فأنت تجيزى جمع واستخدام والكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بك لغرض استكمال الدراسة البحثية.
- إلا عندما يقتضي القانون، فلن يمكن الكشف عن اسمك أو الرقم القومى الخاص بك او عنوانك او رقم هاتفك ، لاي شخص او جهة غير المنوطين بالبحث بداخل جامعة الزقازيق.



- اذ تم استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك خارج جامعة الزقازيق سيتم وضع كود رمزي لك و مفتاح هذا الكود سيتم حفظه لدى د. الشيماء محمد ابراهيم.....

- إذا غيرت رأيك في وقت لاحق ولا تريد جمع أو تبادل المعلومات الصحية الخاصة بك، يجب عليك مخاطبة الباحث الرئيسي كتابتا والمدرج اسمه في استمارة الموافقة. ولكن سنحتفظ بحقنا في استخدام المعلومات التي جمعناها بالفعل و يمكننا الاتصال بك لمتابعة الحالة حيث اننا بحاجة لمعرفة ما يحدث لجميع الحالات التي بدأت الدراسة بحثية، وليس فقط الحالات التي اتمت المشاركة الى النهاية. ويمكن نشر نتائج هذه الدراسة في المجلات العلمية دون تحديد اسمك او اي بيانات خاصة بك.

معلومات اضافية:

- ١- لقد تم اخبارك ان المشاركة تطوعية و ان لك الحق في رفض المشاركة او الانسحاب منها في اي وقت بدون التأثير على الخدمة الصحية المقدمة لك من قبل مستشفيات جامعة الزقازيق.
- ٢- لمعرفة المزيد عن هذه الدراسة يمكنك الاتصال بالدكتور/ ----- تليفون رقم-----
- ٣- في حالة حدوث متاعب صحية نتيجة المشاركة في الدراسة يمكنك الاتصال بالدكتور/ ----- تليفون رقم-----
- ٤- في حالة وجود شكوى، يرجى الاتصال بمكتب لجنة مراجعة اخلاقيات البحوث الدكتور/ ----- تليفون رقم-----

لقد تم شرح الغرض من هذه الدراسة البحثية، والإجراءات الواجب اتباعها، والمخاطر والفوائد لك. و لقد سمح لك بطرح الأسئلة و تمت الاجابة على كل الاسئلة لقد تم اخبارك بمن عليك الاتصال به إذا كان لديك أسئلة إضافية. لقد وافقت على المشاركة التطوعية كعينة في هذا البحث. سوف تحصلين على نسخة من استمارة الموافقة بعد توقيعها.

إذا كنت توافق على الاشتراك في هذه الدراسة، قم بالإشارة في المكان المناسب في الجزء التالي:
_____ : لقد تم شرح طريقة البحث ومخاطرة وكيفية تجميع العينات وعمل الفحوصات وكل المعلومات الواردة في هذه الدراسة.

_____ : لقد قرأت وفهمت المعلومات الواردة في هذه الدراسة.

اسم المشارك: _____ الرقم القومي: _____ التليفون.....العنوان _____
توقيعه: _____

اسم الأب / الام ، الراعي للطفل (في حالة الأطفال): _____ الرقم القومي: _____ التليفون.....العنوان _____
توقيعه: _____

العلاقة بالطفل: _____

شاهد علي إجراءات الموافقة: _____ توقيعه: _____

التاريخ: _____

تسلم نسخة للمشارك وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث في ملف المشارك