**موافقة مستنيرة للمشاركة فى إجراء بحث طبى**

**عنوان البحث: ................................................................................................................**

**إسم الباحث الرئيسى: ........................................................................................................**

**إسم رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمى بمعهد البحوث الطبية : أ.د / عادل زكى عبد السيد**

**رقم تليفون رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمى:...........................................................................**

**لطرح أسئلة حول ما تتمتع به من حقوق أثناء المشاركة في هذه الدراسة، اتصل برئيس لجنة الأخلاقيات (مجموعة من الاشخاص الذين يقومون بمراجعة الدراسات البحثية لحماية حقوقك)**

**الغرض من البحث و أهميته :...............................................................................................**

**...................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................**

**وصف الإجراء الذى سوف يقوم به الباحث على المريض/المتطوع: ....................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................**

**المدة المتوقعة للمشاركة فى البحث و عدد المشاركين فيه: ..........................................................**

**مزايا المشاركة فى البحث بالنسبة للمريض/ المتطوع: ...................................................................**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................**

**وصف أى مخاطر قد تحدث للمريض/المتطوع نتيجة المشاركة فى البحث: .............................................**

**.................................................................................................................................**

**البدائل التشخيصية أو العلاجية المناسبة (فى حالة الأبحاث التجريبية التشخيصية أو العلاجية):**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................**

**ملاحظات:**

**المشاركة فى البحث إختيارية و يمكن للشخص الإنسحاب فى أى وقت دون عقوبة أو خسارة فى أى ميزة كان مقرراً أن ينالها.**

**يمكنك التحدث إلي الباحث الرئيسى اذا كان لديك أي أسئلة حول هذه الدراسة، أو كنت ترغب في سحب موافقتك علي المشاركة في هذه الدراسة :**

**اسم الباحث الرئيسى : .......................**

**رقم الهاتف: ........................**

**جميع البيانات الشخصية الخاصة بالمشارك فى البحث سرية إلي الحد الذي يسمح بيه القانون, و لا يمكن نشرها بدون أخد موافقة مسبقة من الشخص المشارك .**

**التوقيع**

**أنا أفهم أني سأحصل علي نسخة من هذا النموذج بعد توقيعه و تاريخه. لقد قرأت النموذج أو تمت قراءته لي. أنا أفهم المعلومات الواردة فيه وتمت الإجابة على جميع أسئلتي. أنا أوافق علي المشاركة في هذه الدراسة البحثية حسبما هو موصوف أعلاه و أصرح للباحث الرئيسي باستخدام والكشف عن (مشاركة) معلوماتي الصحية فقط.**

**اسم المريض/ المتطوع لإجراء البحث عليه: ..............................................................................**

**التوقيع: ........................................**

**التاريخ: .............................**

**الممثل المخول قانوناً (إن وجد):**

**إذا لم يكن المريض قادراً علي التوقيع أو أقل من السن القانوني (أقل من ٢١ عاماً)**

**اسم الممثل المخول قانوناً: .......................................**

**التوقيع: ..............................**

**التاريخ: ..............................**

**صلته بالمريض: .........................**

**الشاهد المحايد (إن وجد):**

**اذا كان المريض او الممثل المخول قانوناً عن المريض لا يستطيع القراءة و الكتابة (أمي أو كفيف)**

**اسم الشاهد المحايد:.................................**

**التوقيع: ......................**

**التاريخ: .............................**

**اسم المريض (يكتبه الشاهد المحايد): ...........................**

**الشخص الذي يقوم بمناقشة الموافقة المستنيرة:**

**أقر أنا الموقع ادناه بأني قد شرحت نموذج الموافقة المستنيرة هذا بالكامل للمريض المذكور أعلاه و/ أو الممثل المخول قانونا عن المريض.**

**اسم الشخص الذي يقوم بشرح الموافقة المستنيرة: .............................**

**التوقيع: .........................**

**التاريخ: ......................**