

الموافقة المستتيرة للمتطوعين

إسم المتطوع:

الرقم القومي (ان وجد):

تاريخ الميلاد:

إسم ولى الأمر (فى حالة الأطفال/القصر/أو غير كامل الأهلية):

عنوان المتطوع:

هاتف المتطوع:

- عنوان البحث بالغة العربية:

- الهدف من إجراء البحث:

- الفائدة المباشرة للشخص المتطوع:

- الفائدة غير المباشرة للشخص المتطوع:

المعرفة الكاملة للمريض بخطوات البحث: قراءة [] شرح شفهي [] أخرى []

1. لقد اطلعت بعناية وفهمت الغرض من إجراء البحث وطبيعة هذه الدراسة ، وأنا أفهم ما هو ضروري لإنجاز هذه الإجراءات.
2. قد أعلمني الطبيب الباحث بالبدائل العلاجية الممكنة لهذا البحث.
3. لقد أبلغني الطبيب الباحث بجميع المخاطر المحتملة لهذا البحث و كيفية التعامل معها.
4. أوافق على التصوير والتسجيل ، وجميع أنواع الأشعة والتي يتعين القيام بها فى هذا الدراسة ، بشرط عدم الكشف عن هويتي.
5. -لقد قدمت تقريرا دقيقا عن تاريخ حالتى الصحية. وأبلغت الطبيب بجميع أنواع ردود الأفعال الصحية أو الحساسية غير العادية من الأدوية أو الأغذية أو لدغ الحشرات أو مواد التخدير أو الغبار أو أى ردود أفعال حدثت لى من أى مواد أخرى ، أونزيف غير طبيعي أو أى ظروف أخرى ذات صلة على صحتي
6. أقر بأننى غير مشترك فى أى بحث آخر منذ بداية هذا البحث و حتى إنتهائه و أننى سأعلم الطبيب الباحث لو دخلت أى بحث آخر طوال فترة هذا البحث.
7. أتعهد باعادة الأجهزة (الأدوات) الطبية المستخدمه فى البحث فى حالة التوقف أو عند انتهاء البحث.

بعد معرفة المعلومات المتاحة الخاصة بالبحث يتفضل الشخص المتطوع أو المسنول عنه بالاختيار بحرية ما بين الاشتراك من عدمه. في حال الموافقة يتفضل بملء البيانات الموضحة . من حق المتطوع الإنسحاب من البحث بدون إبداء الأسباب مع مراعاة حق إسترجاع الباحث لأي أجهزة أو أدوات طبية مستعملة بغرض البحث بحوزة المتطوع (تسمى من قبل الباحث)

تعهد الطبيب المسنول عن البحث بالحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالشخص المتطوع بالمشاركة في البحث مع ذكر الطرق المستخدمة لذلك مثل استبدال الاسماء بارقام كوديه أو اخفاء معالم الوجه عند التصوير الفوتوغرافي ان امكن (الخ..)

من حق المتطوع الاحتفاظ بنسخه مصورة من الموافقه المستنيرة للبحث الذي تطوع فيه

توقيع الباحث:

التاريخ:

بيانات تملأ بمعرفة اللجنة

هذا البحث تمت موافقة اللجنة عليه برقم

--	--	--	--

