



نموذج ٢: ZU- IRB #:

استمارة موافقة المشارك (المريض) علي المشاركة في البحث

مطلوب منك المشاركة كعينة في مشروع بحثي بعنوان.....

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 (بما يعنى الاتي) :

من فضلك مطلوب منك كباحث رئيسي ان تعطى فكرة مختصرة عن طبيعة الخدمة الصحية التي يقدمها تخصصكم لعلاج المريض الذي تنتوى ان يشارك في البحث الخاص بك ،فتبدأ في تبيان مدى الضعف والقصور في علاج هذا المرض كما هو متعارف عيه بعدها تشرح للمريض اهمية اجراء بحثك ومدى التغيير الذي ستجربه على الطريقة التقليدية لعلاج مرضه وللمريض الحق في المشاركة في البحث او عدم المشاركة مع الاحتفاظ الكامل بكافه حقوقه في التمتع بالخدمة الصحية التي تعطى لمثل مرضه في المستشفيات الجامعية

المخاطر:

الإجراءات / الأعمال المطلوبة من المشارك غير خاصة بالبحث:

عدد الحالات المشاركة/الفترة الزمنية المطلوبة للمشاركة:.....

الفوائد للمشارك: ليس لك اى فوائد من المشاركة

الفوائد للمجتمع: مشاركتك في البحث سيخدم المجتمع بتقديم معلومات اضافية بالنسبة للحالات المماثلة مما قد يؤدي الى تحسين الخدمة المقدمة لمثل تلك الحالات

بدانللمشاركة: عدم المشاركة بالبحث

الحقفي الانسحابالامن من الدراسة: يمكن لك الانسحاب من البحث في اى وقت بدون عواقب او تاثير على المتابعة الصحية لك.

تكاليفالمشاركة في 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



- سجل الدراسة التي يمكن التعرف عليك من خلالها سيتم الاحتفاظ بسريته.
- بتوقيع استمارة الموافقة فأنت تجيز جمع واستخدام والكشف عن المعلومات الصحية الخاصة بك لغرض استكمال الدراسة البحثية.
- إلا عندما يقتضي القانون، فلن يمكن الكشف عن اسمك أو الرقم القومي الخاص بك أو عنوانك ورقم هاتفك ، لاي شخص او جهة غير المنوطين بالبحث بداخل جامعة الزقازيق.
- اذا تم استخدام المعلومات الصحية الخاصة بك خارج جامعة الزقازيق سيتم وضع كود رمزي لك و مفتاح هذا الكود سيتم حفظه
- إذا غيرت رأيك في وقت لاحق ولا تريد جمع أو تبادل المعلومات الصحية الخاصة بك، يجب عليك مخاطبة الباحث الرئيسي كتابيًا 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 انتهت المشاركة الى النهاية. ويمكن نشر نتائج هذه الدراسة في المجالات 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 ١

٣- في حالة حدوث متاعب صحية نتيجة المشاركة في الدراسة يمكنك الاتصال بالدكتور/..... تليفون رقم ٠

٤- في حالة وجود شكوى، يرجى الاتصال بمكتب لجنة مراجعة أخلاقيات 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 إجراء الموافقة: _____ توقيعه: _____

التاريخ: _____

تسلم نسخة للمشارك وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث في ملف المشارك



لجنة مراجعة أخلاقيات البحث العلمي
IRB