

أقر أنا/.....باننى اوافق على المشاركة فى  
البحث المتعلق بالعوامل المصاحبة للاصابة بهشاشة العظام و نسبة الاصابة فى مرضى داء الامعاء الالتهابي  
التقرحى و مرضى كرونز و ذلك عن طريق تعبئة استبيان و اجراء فحص الهشاشة المعتمد طبيا فى هذه  
الحالات.

لا أمانع بالمشاركة في هذا البحث بكامل إرادتى و أننى مستعد للإدلاء بالمعلومات اللازمة و اجراء  
الفحوصات المطلوبة طوال فترة البحث وان مشاركتى بدون أى إستغلال أو إكراه و وذلك بدون أى منفعة  
مادية مباشرة او غير مباشرة و ذلك بعد أن قام الطبيب الباحث المختص قبل بداية المشاركة بالشرح التفصيلي  
لأهداف هذا البحث وأن النتائج المتوقعة سيكون نفعها أكبر من ضررها و أن لى الحق فى السؤال عن اى  
معلومة تتعلق بالبحث وأن احتمالات الخطر فيه لا تتجاوز الخطر الأدنى مع مراعاة خصوصية و سرية  
المعلومات فى جميع الخطوات وذلك بالرمز لكل معلوماتي برقم دون الافصاح عن الاسم.

المشارك		الباحث آخذ الموافقة	
التوقيع:		التوقيع:	
التاريخ:		التاريخ:	

في حال اي استفسار يرجى التوصل مع الدكتور محمد عويد عن طريق الايميل التالي:

m.mahmoudewid@sr.edu.sa