

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 ذلك 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 أى معلومة تتعلق بالبحث وأن إحتمالات 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