

للحصول عل موافقة المريض على نشر صور و/أو معلومات عنه في مطبوعات BMJ.

اسم المريض:

عبد العالي بلحسين ادريس

الصلة بالمريض (إذا لم يكن المريض هو الموقع على هذا النموذج):

أخت المريض

وصف للصورة الفوتوغرافية، أو الصورة العادية، أو النص، أو المادة الأخرى (المادة) التي تخص المريض، مع إرفاق نسخة من المادة بهذا النموذج:

العنوان المؤقت للمقال الذي ستورد فيه المادة:

الموافقة

أوافق أنا د. بلحسين ادريس [الاسم الكامل بحروف واضحة] على ظهور المادة التي تخصني/تخص المريض في أحد مطبوعات BMJ.

وأؤكد أنني: (يرجى وضع علامة على المربع المقابل للعبارة التي تؤكدها)

- ☒ رأيت الصورة، أو الصورة الفوتوغرافية، أو النص، أو المادة الأخرى التي تخصني/تخص المريض
☒ قرأت المقال الذي سيُرسل إلى BMJ
☒ يحق لي قانوناً منح هذه الموافقة.

وأنا أدرك ما يلي:

- (1) سيتم نشر المادة دون إرفاق اسمي/اسم المريض، لكنني أفهم أن إخفاء الهوية تماماً أمر لا يمكن ضمانه، فقد يتعرف شخص ما في مكان ما - مثل شخص تولى رعايتي/رعاية المريض أو أحد الأقارب - علي/على المريض.
- (2) قد تظهر المادة أو تتضمن تفاصيل عن حالتي الصحية/حالة المريض الصحية أو الإصابة التي تعرضتُ لها/تعرض لها المريض، وأي تنبؤ بمسار المرض، أو علاج أو جراحة خضعتُ لها/خضع لها المريض في الماضي أو قد أخضع/يخضع لها المريض في المستقبل.
- (3) قد يُنشر المقال في دورية تُوزع على مستوى العالم، وعلى الرغم من أن مطبوعات BMJ موجهة بالأساس إلى الأطباء وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية، إلا أن الكثيرين من غيرهم قد يطلعون عليها أيضاً، ومنهم أعضاء هيئة التدريس بالجامعة والطلاب والصحفيون.
- (4) قد يصبح المقال الذي يحتوي على المادة موضوع بيان صحفي، وقد تُنشر روابطه في وسائل التواصل الاجتماعي أو يُستخدم في أنشطة ترويجية أخرى. بمجرد نشر المقال، سيُوضع على أحد المواقع الإلكترونية التي تخص BMJ كما قد يُتاح أيضاً على مواقع إلكترونية أخرى.
- (5) سيتم تحرير نص المقال قبل نشره لتحسين الأسلوب والتناسق وتصحيح أي أخطاء لغوية.
- (6) لن ألتقي/لن يتلقى المريض أي منفعة مالية من نشر المقال.
- (7) يجوز أيضاً استخدام المقال، كاملاً أو جزءاً منه، في مطبوعات أو منتجات أخرى تنشرها دار BMJ و/أو ناشر آخرون. ويشمل هذا النشر باللغة الإنجليزية أو مترجماً إلى لغات أخرى، وطباعة أو في صور رقمية أو أي صور أخرى قد تستخدمها دار BMJ أو هذا النشر باللغة الإنجليزية أو مترجماً إلى لغات أخرى، وطباعة أو في صور رقمية أو أي صور أخرى قد تستخدمها دار BMJ أو

ناشرون آخرون حاليًا وفي المستقبل. قد يظهر المقال في طبعات محلية للدوريات أو المطبوعات الأخرى، التي تُنشر في المملكة المتحدة وخارجها.

(8) يمكنني سحب موافقتي في أي وقت قبل النشر، ولكن بمجرد تسليم المقال للنشر ("إرساله للطباعة")، فلن يمكن سحب الموافقة.

(9) ستحفظ BMJ نموذج الموافقة هذا في سرية في مكان آمن طبقًا للقانون، وبما لا يتجاوز اللازم.

يرجى وضع علامة على المربعات لتأكيد ما يلي:
☐ أوافق على أن تحتفظ BMJ ببيانات الاتصال الخاصة بي (بما في ذلك خارج المنطقة الاقتصادية الأوروبية (EEA)) على أن يقتصر الهدف من ذلك على الاتصال بي عند الضرورة في المستقبل.

☐ حين تتعلق هذه الموافقة بمقال منشور في دورية BMJ Case Reports (تقارير حالات BMJ)، فقد أتاحت الفرصة لي للمريض للتعليق على المقال وقد تم تعديل المقال وفقًا لأي ملاحظات على نحو مرض.

الاسم بحروف واضحة: بشرى بلحسين ادريس

التوقيع: Belloussi

عنوان البريد الإلكتروني: legrandjasmine@gmail.com

العنوان: _____

رقم الهاتف: +212 661 36 25 24

في حالة التوقيع نيابة عن المريض، يرجى ذكر السبب الذي يجعل المريض لا يستطيع الموافقة بنفسه (كان يكون المريض مثلًا قد توفي، أو عمره أقل من 18 عامًا، أو يعاني من قصور معرفي أو عقلي).

وفاة المريض

☐ إذا كنت توقع بالنيابة عن أسرة أو مجموعة أخرى، فيرجى وضع علامة على المربع لتأكيد أن كل أفراد تلك الأسرة أو المجموعة المعنيين قد تم إخطارهم.

إذا كان المريض طفلًا عمره 7 سنوات أو أكثر، فيجب أن يؤكد أيضًا موافقته:

الاسم بحروف واضحة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

تاريخ الميلاد: _____

بيانات الشخص الذي شرح النموذج وقدمه للمريض أو ممثله (مثل كاتب المقال أو شخص آخر لديه سلطة الحصول على الموافقة).

الاسم بحروف واضحة: أميمة العالج

التوقيع: Amime Elalaj

العنوان: _____

الوظيفة: مديرة

المؤسسة: المركز الاستشفائي

محمد السادس - وجدة -

رقم الهاتف: +212 672 03 09 48

عنوان البريد الإلكتروني: _____

التاريخ: _____