

استمارة الموافقة علي المشاركة في البحث

عنوان البحث

(قياس نسبة الزنك في الدم للاطفال مرضي الربو)

اسم الطالب: بولس صليب عزيز حنا

المشرفون: استاذ دكتور مني محسن العطار

جامعة: القاهرة

مدرس: هدي عاطف عبد الستار

جامعة: القاهرة

مدرس: دينا محمود نبيل

جامعة: القاهرة

الغرض من الدراسة:

قياس نسبة الزنك في الدم للاطفال مرضي الربو

الإجراءات / الأعمال المطلوبة من المشارك:

قياس الوزن و الطول و قياس نسبة الزنك و الهيموجلوبين والحديد و ,الفيريتين الالبومين و قياس نسبة IgE في الدم.

الفترة الزمنية المطلوبة لمشاركة المريض:

يوم واحد

المخاطر:

قد تحدث بعض مخاطر أخذ العينات مثل الورم الدموي والنوبات الوعائية المبهمة. سيتم تقليل هذه المخاطر إلى الحد الأدنى ، وسيسحب الممرضون الخبراء العينة لتقليل خطر الإصابة بالورم الدموي. طمأنة الأطفال قبل أخذ العينات ستقلل من احتمالية حدوث النوبات الوعائية المبهمة.

المخاطر الأخرى المتوقعة هي الانسحاب الاجتماعي والنفسي بسبب الألم المزمن من أخذ العينات وسيتم تقليلها من خلال اختيار ممرضات خبراء لأخذ العينات

الفوائد للمشارك والمجتمع:

هو التعرف علي تأثير نسبة الزنك في الدم علي اطفال مرضي الربو .

حماية خصوصية المشارك و سرية البيانات:

سوف لا يطلع عليها غير الباحث ومشرفيه

المشاركة تطوعية:

نعم

تكاليف مشاركة المريض في البحث :

لا يطلب اي تكاليف للمشاركه في هذه الرسالة

التعويض: لا يوجد

الحق في الانسحاب: نعم

البدائل المتاحة للمريض في حالة عدم الرغبة في المشاركة:

(لا يحرمك التوقيع على نموذج الموافقة هذا أى من حقوقك القانونية بأى حال كما لا يعفي الباحثين أو الراعى أو المؤسسة المشاركة من مسؤولياتهم المهنية او القانونية)

- لمعرفة المزيد عن هذه الدراسة يمكنك الاتصال بالدكتور بولس صليب 01272574433
- فى حالة حدوث متاعب صحية نتيجة المشاركة فى الدراسة يمكنك الاتصال بالدكتور بولس صليب 01272574433
- فى حالة وجود شكوى، يرجى الاتصال بمكتب لجنة مراجعة اخلاقيات البحوث تليفون رقم 01003657120

· إذا كنت توافق على الاشتراك فى هذه الدراسة، قم بالإشارة فى المكان المناسب فى الجزء التالى:

لقد تم شرح كل المعلومات الواردة فى هذه الاتفاقية: _____ .

لقد قرأت وفهمت المعلومات الواردة فى هذه الاتفاقية: _____ .

اسم المشارك: _____ رقم المشارك: _____ توقيع: _____

اسم الشخص المسئول عن المشارك (ولي الأمر): _____ توقيع: _____

شاهد علي إجراءات الموافقة : _____ توقيع: _____

توقيع مسئول الدراسة: _____

التاريخ: _____

سارية من : 20/ / إلى 20/ /

· تسلّم نسخة للمشارك وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث فى ملف المشارك