



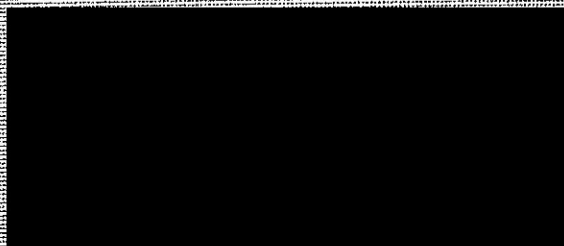
Consent for medical research participation

- Please read this form carefully. If you are accepting to participate in the studies being performed in the center through using your medical information, sign and date the declaration at the end.
- If you did not understand anything and would like more information, please ask.
- Please be noted that this consent concern only medical information on the case, not applicable for sharing personal information (which is considered confidential), or for prospective researches using experimental management modalities (which have a separate consent form).
- I have had the consent satisfactorily explained to me in verbal and / or written form.
- I understand that I may refuse signing this consent and this will not have any effect on my treatment plan or affect my relationship with medical staff without having to give an explanation. This will not affect my care or treatment.
- I understand that all information about me will be treated in strict confidence and that I will not be named in any written work arising from research studies.
- I understand that any material concerning my case will be used solely for research purposes and will be confidentially saved on completion of research.
- I understand that this consent does not cover any financial obligations or reimbursement.

Name

Date

Signature



إقرار الموافقة على المشاركة في الأبحاث الطبية

- يرجى قراءة هذا النموذج بعناية. إذا كنت تقبل المشاركة في الدراسات التي تجري في المركز من خلال استخدام معلوماتك الطبية، فقم بالتوقيع وتاريخ الإعلان في النهاية.
- إذا كنت لا تفهم شيئا وترغب في الحصول على مزيد من المعلومات، فارجى طلب ذلك.
- يرجى ملاحظة أن هذا الموافقة تتعلق فقط بالمعلومات الطبية المتعلقة بالحالة، ولا تطبق على مشاركة المعلومات الشخصية (التي تعتبر سرية)، أو الأبحاث التجريبية التي تتطلب طرق العلاج التجريبية (التي لديها نموذج موافقة خاصة).
- أعتد بأن الموافقة بعد التفسير بشكل مرضي لي في شكل شفهي و / أو مكتوب.
- أفهم أنني قد أرفض توقيع هذا الموافقة، وأن يكون ذلك لن يؤثر على خطة علاجي أو يؤثر على علاجي مع الطاقم الطبي دون الحاجة إلى تقديم توضيح. هذا لن يؤثر على رعايتي أو علاجي.
- أفهم أن جميع المعلومات المتعلقة بي ستعامل بسرية تامة وأن يتم تكميل اسمي في أي عمل مكتوب بشأن الأبحاث.
- أفهم أن أي مادة تخص معلوماتي حثي سيتم استخدامها فقط لأغراض البحث وسيتم حفظها بشكل سري عند الانتهاء من البحث.
- أفهم أن هذا الموافقة لا تغطي أي التزامات مالية أو تعويض.

الاسم:

التاريخ:

التوقيع:

12/06/18