

CONSENT FORM نموذج إقرار

عنوان البحث باللغة العربية "دراسة الخصائص الميكروبية لمرض السلياك لدى الأطفال السعوديين" RESEARCH PROJECT TITLE

Principal Investigator:

الباحث الرئيس: ا د محمد عيسى الموزان

Co-Investigator(s):

الباحث المشارك: ا د أسعد عسيري
د. أحمد الصرخي
د. منى العاصمي
الداعم:

SPONSOR:

You are being asked to participate voluntarily in a Research Study. If you decide to take part in this study, please sign this consent form and return it.

نرجو منك المشاركة في هذه الدراسة البحثية وعند موافقتك بذلك نرجو منك التوقيع على هذه الورقة وإرجاعها إلينا

STUDY PURPOSE:

الغرض من الدراسة: البحث عن مسببات مرض السلياك لدى الأطفال.....

STUDY PLAN:

الهدف من الدراسة: تحسين سبل الوقاية والعلاج. العينات المطلوبة منك كما يلي: عينة من البراز: وذلك عند مراجعة العيادة قبل فحص المنظار

BENEFITS: The result of this study may not benefit you directly, but in the future with God's will the patients will benefit from the knowledge acquired.

العينات النسيجية لا يتم إجراء عملية تنظير خاصة بالبحث ولكن من خلال عملية التنظير والوخزات التشخيصية يتم أخذ عينة إضافية لأغراض هذا البحث. الاستفادة المرجوة من الدراسة: إن الاستفادة من هذه الدراسة قد لا تعود عليك مباشرة ولكن قد تكون لنتائج هذا البحث تأثيرات على معالجة المرضى الآخرين.

SIDE EFFECT: There are no side effects. Your participation in this study does not have any further risks or discomfort to you.

الآثار الجانبية: لا توجد هناك أي أضرار جانبية خاصة بهذه الدراسة غير تلك التي تتعلق بالوخزات النسيجية لأغراض التشخيصية التي يشرحها لكم الطبيب المعالج.

REFUSAL: If you refuse to participate, there will be no penalty or loss of benefits.

عدم الرغبة في المشاركة: إذا رفضت المشاركة في هذه الدراسة فإنك لن تتعرض لأي جزاء أو فقدان للمزايا العلاجية

CONFIDENTIALITY: Your participation in this study will be kept confidential. The results of this research may be published, however, your identity will never be revealed.

سرية المعلومات: إن مشاركتك في هذه الدراسة ستكون في غاية السرية. قد يتم نشر النتائج هذا البحث لأغراض أكاديمية ولكن لن يتم الكشف عن هويتك في أي حال من الأحوال.

APPROVAL: I fully understand the information and the consent form.

الموافقة بالمشاركة: استوعبت المعلومات في هذا النموذج، لذا أوافق بالمشاركة في هذه الدراسة. كما أنني لا أمانع من استخدام العينات المتحصل عليها من هذه الدراسة بأن تستخدم في دراسات مستقبلية من قبل الباحثين. لقد تم شرح هذا النموذج للمتبرع بواسطة أحد الباحثين قبل طلب التوقيع منه.

I sign freely and voluntarily. A copy has been given to me.

أوقع أنا بمحض إرادتي وحرיתי وقد تم إعطائي نسخة من الإقرار.

Investigator or Associate:

أسم الباحث أو من ينوب عنه:

اد محمد بن عيسى الموزان

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ:

Patient Name:

Signature:

أسم المريض أو ولي أمره:

Date:

Witness Name:

التوقيع:

Signature:

التاريخ:

Date:

أسم الشاهد:

التوقيع:

التاريخ:

عند الرغبة في أي استفسار عن هذه الدراسة يمكن

أن تتصل بالدكتور / محمد الموزان

على تليفون رقم

.....0555479281.....