

استمارة الموافقة على المشاركة في البحث

عنوان البحث

اضطرابات الكبد والكلى في المرضى المصريين المصابين بـ COVID-19

جامعة القاهرة	الباحثون: استاذ دكتور هند ابراهيم حسن شوشة
جامعة القاهرة	استاذ دكتور حسن أحمد الجارم
جامعه حلوان	استاذ دكتور محمد محمود زكريا القصاص
جامعة القاهرة	استاذ دكتور داليا عبدالحميد عمران
جامعه حلوان	دكتور عمرو عبدالعظيم اسماعيل علي
المعهد القومي للأمراض المتوطنة و الكبد	استاذ دكتور أمين محمد عبدالباقي
المركز القومي للبحوث	استاذ دكتور ايهاب أحمد كمال عبدالعزيز
مستشفى 15 مايو	استاذ دكتور حازم أبو العباس مرسى

الغرض من الدراسة:

تم الإبلاغ عن خلل وظيفي في الكبد في العديد من الدراسات التي تتراوح من 24.1 % إلى 36.6 % في المرضى المصابين بـ COVID-19. تم الإبلاغ عن تورط الكلى المتكرر. غالباً ما يحدث بيلة بروتينية و / أو بيلة دموية في بداية العدوى أو أثناءها ، مع إصابة عدد قليل من المرضى بإصابات حادة في الكلى. قد يكون هؤلاء المرضى يعانون من سوء التشخيص.

الإجراءات / الأعمال المطلوبة من المشارك:

الموافقة على اجراء الفحص الأكلينيكي الروتيني للمريض

الفترة الزمنية المطلوبة لمشاركة المريض:

فترة اجراء الفحص الاكلينيكي

المخاطر:

لا توجد مخاطر لعدم وجود اي اجراء تدخلي مع المريض

الفوائد للمشارك والمجتمع:

للمشارك: تقييم حالة المريض بشكل مفصل و تقييم تأثر الكبد و الكلى فى وجود عدوى الكورونا.

للمجتمع: اكتشاف مزيد من التغيرات فى وظائف الكبد و الكلى للمرضى المصريين المصابين ب عدوى الكورونا.

حماية خصوصية المشارك و سرية البيانات:

جميع بيانات المريض لن يتم تداولها الا بين الباحثين المشتركين في البحث و عند عرض نتائج البحث سيتم اخفاء كافة بيانات المرضى الداله على شخصياتهم

المشاركة تطوعية:

لا يوجد أي اجبار على المشاركة أو على الاجابه عن أي سؤال او اجراء الفحص، و يمكن الانسحاب في اي وقت او رفض الاجابه على أي سؤال مع طلب الغاء اية بيانات تم تسجيلها للمريض

تكاليف مشاركة المريض في البحث :

لا توجد أي تكلفة مادية مطلوبة من المريض للاشتراك في البحث

التعويض:

لا يوفر الباحثون تعويضات مادية أو عينية للمشارك حيث أن المشاركة تطوعية بالكامل

الحق في الانسحاب:

مكفول قبل أو اثناء أو بعد الانتهاء من الفحص و يحق للمريض طلب الغاء مشاركته و مسح كافة بياناته كما يحق له الامتناع عن الاجابه عن أي سؤال دون أي تأثير على خدماته العلاجية

البدائل المتاحة للمريض في حالة عدم الرغبة في المشاركة:

للمريض الحق في استخدام كافة البدائل العلاجية المتاحة بالمستشفى سواء قبل الاشتراك في البحث أو رفض دون ان ينتقص رفضه من كافة حقوقه العلاجية

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

- لمعرفة المزيد عن هذه الدراسة يمكنك الاتصال بالدكتور هند ابراهيم حسن شوشة ت: 01005738455 أو الاتصال بالدكتور عمرو عبدالعظيم اسماعيل علي ت: 0 106 585 4214
- فى حالة حدوث متاعب صحية نتيجة المشاركة فى الدراسة يمكنك الاتصال بالدكتور هند ابراهيم حسن شوشة ت: 01005738455

أو التوجه الي مستشفى 15 مايو

- 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: _____ توقيع: _____

شاهد علي إجراءات الموافقة : _____ توقيع: _____

توقيع مسئول الدراسة: _____

التاريخ: _____

لا تعتمد إلا إذا كان خاتم لجنة مراجعة اخلاقيات البحوث عليها .

سارية من : / / 201 إلى / / 201

تسلم نسخة للمشارك وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث فى ملف المشارك