



موافقة مستنيرة للمشاركة في اجراء بحث طبي

عنوان البحث : بيتا اريستين-2 كمتنبئ للاستجابة الديناميكية الدموية لمثبطات مستقبلات بيتا الغير انتقائية في ارتفاع ضغط الوريد البابي الناتج عن التليف الكبدي: دراسة مستقبلية

اسم الباحث الرئيسي: الجزء الاكلينيكي: ا م د / سامح الدسوقي لاشين

رئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمي بكلية الطب : ا د / مها غانم

ل طرح اسئلة حول ما تتمتع به من حقوقائء المشاركة في هذه الدراسة يمكنك التواصل مع رئيس لجنة اخلاقيات البحث العلمي (مجموعة الاشخاص القائمين علي مراجعة الدراسات البحثية لحماية حقوقك.

الغرض من البحث دراسة دور بروتين بيتا اريستين 2 كمتنبئ بالاستجابة الديناميكية لاستخدام مثبطاتالبيتا الغير انتقائية في مرضى ارتفاع ضغط الدم بالوريد البابي

وصف الاجراء الذي سيقوم به الباحث : الكشف الكلينيكي-كشف الموجاتالصوتية و الدوبلر علي البطن – سحب عينة دم لاجراء تحاليل- تنظير علوي للمرئ و المعدة و الاثني عشر مع اخذ عينات من المعدة و الاثني عشر

المدة المتوقعة للبحث: سنة و نصف الي سنتان

عدد المشاركين: نستهدف ضم 100 مريض

مزايا المشاركة في البحث : متابعة حالة الكبد اكلينيكيًا ووظيفيًا و اجراء تنظير للجهاز الهضمي العلوي.

وصف اي مخاطر من المشاركة في البحث: لا يوجد

البدائل التشخيصية: قسطرة الوريد البابي و الوريد الاجوف السفلي و هي غير متاحة في معظم المراكز

ملاحظات: المشاركة في البحث اختيارية و يمكن للشخص الانسحاب في اي وقت دون عقوبة او خسارة في اي ميزة كان مقرر ان ينالها.

يمكنك التحدث إلى الباحث الرئيسي إذا كان لديك أي أسئلة حول هذه الدراسة، أو كنت ترغب في سحب موافقتك على المشاركة في هذه الدراسة :

اسم الباحث الرئيسي : م د / سامح الدسوقي لاشين

رقم الهاتف 01274117543

جميع البيانات الشخصية الخاصة بالمشارك في البحث سرية إلى الحد الذي يسمح به القانون، و لا يمكن نشرها بدون أخذ موافقة مسبقة من الشخص المشارك .

التوقيع : سامح الدسوقي لاشين

أنا أفهم أنني سأحصل على نسخة من هذا النموذج بعد توقيعه و تاريخه. لقد قرأت النموذج أو تمت قراءته لي. أنا أفهم المعلومات الواردة فيه وتمت الإجابة على جميع أسئلتي. أنا أوافق على المشاركة في هذه الدراسة البحثية حسبما هو موصوف أعلاه و أصرح للباحث الرئيسي باستخدام والكشف عن (مشاركة) معلوماتي الصحية فقط.

اسم المريض/ المتطوع لإجراء البحث عليه:

التاريخ: ٢٠١٩/٢/٥

الممثل المخول قانوناً (إن وجد):

إذا لم يكن المريض قادراً على التوقيع أو أقل من السن القانوني (أقل من ٢١ عاماً)

اسم الممثل المخول قانوناً:

التوقيع:

التاريخ:

صلته بالمريض:

الشاهد المحايد (إن وجد):

إذا كان المريض أو الممثل المخول قانوناً عن المريض لا يستطيع القراءة و الكتابة (أمي أو كفيف)

اسم الشاهد المحايد:

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض (يكتبه الشاهد المحايد):

يمكنك التحدث إلى الباحث الرئيسي إذا كان لديك أي أسئلة حول هذه الدراسة، أو كنت ترغب في سحب موافقتك على المشاركة في هذه الدراسة :

اسم الباحث الرئيسي : م د / سامح الدسوقي لاشين

رقم الهاتف 01274117543

جميع البيانات الشخصية الخاصة بالمشارك في البحث سرية إلى الحد الذي يسمح به القانون، و لا يمكن نشرها بدون أخذ موافقة مسبقة من الشخص المشارك .

التوقيع : سامح الدسوقي لاشين

أنا أفهم أنني سأحصل على نسخة من هذا النموذج بعد توقيعه و تاريخه. لقد قرأت النموذج أو تمت قراءته لي. أنا أفهم المعلومات الواردة فيه وتمت الإجابة على جميع أسئلتي. أنا أوافق على المشاركة في هذه الدراسة البحثية حسبما هو موصوف أعلاه و أصرح للباحث الرئيسي باستخدام والكشف عن (مشاركة) معلوماتي الصحية فقط.

اسم المريض/ المتطوع لإجراء البحث عليه : مستشفى الخير محمد ..
التوقيع : مستشفى الخير محمد

التاريخ : ٢٠١٩/٤/٢٢

الممثل المخول قانوناً (إن وجد):

إذا لم يكن المريض قادراً على التوقيع أو أقل من السن القانوني (أقل من ٢١ عاماً)

اسم الممثل المخول قانوناً:

التوقيع:

التاريخ:

صلته بالمريض:

الشاهد المحايد (إن وجد):

إذا كان المريض أو الممثل المخول قانوناً عن المريض لا يستطيع القراءة و الكتابة (أسي أو كفيف)

اسم الشاهد المحايد:

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض (يكتبه الشاهد المحايد):

يمكنك التحدث إلى الباحث الرئيسي إذا كان لديك أي أسئلة حول هذه الدراسة، أو كنت ترغب في سحب موافقتك على المشاركة في هذه الدراسة :

اسم الباحث الرئيسي : ا م د / سامح الدسوقي لاشين

رقم الهاتف 01274117543

جميع البيانات الشخصية الخاصة بالمشارك في البحث سرية إلى الحد الذي يسمح بيه القانون، و لا يمكن نشرها بدون أخذ موافقة مسبقة من الشخص المشارك .

التوقيع : سامح الدسوقي لاشين

أنا أفهم أنني سأحصل على نسخة من هذا النموذج بعد توقيعه و تاريخه. لقد قرأت النموذج أو تمت قراءته لي. أنا أفهم المعلومات الواردة فيه و تمت الإجابة على جميع أسئلتي. أنا أوافق على المشاركة في هذه الدراسة البحثية حسبما هو موصوف أعلاه و أصرح للباحث الرئيسي باستخدام والكشف عن (مشاركة) معلوماتي الصحية فقط.

اسم المريض / المتطوع لإجراء البحث عليه:

التوقيع: عبده رضوان

التاريخ: ٢٠١٩ / ٤ / ٢١

الممثل المخول قانوناً (إن وجد):

إذا لم يكن المريض قادراً على التوقيع أو أقل من السن القانوني (أقل من ٢١ عاماً)

اسم الممثل المخول قانوناً:

التوقيع:

التاريخ:

صلته بالمريض:

الشاهد المحايد (إن وجد):

إذا كان المريض أو الممثل المخول قانوناً عن المريض لا يستطيع القراءة و الكتابة (أمي أو كفيف)

اسم الشاهد المحايد:

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض (يكتبه الشاهد المحايد):