**رقم الملف الطبي للمشارك بالبحث:** انقر هنا لكتابة رقم الملف الطبي **رقم الهاتف:** انقر هنا لكتابة رقم للتواصل

**اسم المشرف على البحث:** انقر هنا لكتابة اسمك

**عنوان البحث:** انقر هنا لكتابة عنوان البحث

* **قبل موافقتي على البحث تم اعلامي من قبل الباحث بما يلي:**
* موافقة الجهات المعنية في المستشفى على اجراء البحث.
* أهداف البحث واجراءاته:انقر هنا لكتابة أهداف البحث وإجراءاته
* أية اخطار ممكنة ومتوقعة وأية مضايقات أو منافع ناتجة عن البحث:انقر هنا لوصف الأخطار الممكنة والمنافع أو المضايقات الناتجة عن البحث
* أية اجراءات أو علاجات بديلة ومحتملة:انقر هنا لوصف الإجراءات أو العلاجات البديلة والمحتملة
* احتمال خطورة غير متوقعة:انقر هنا لوصف احتمالات الخطورة غير المتوقعة
* اية تعويضات أو علاج طبي مؤمن لي في حال حدوث أذى أو ضرر ما نتيجة البحث:انقر هنا لوصف العلاج الطبي المؤمن في حال حدوث أي أذى أو ضرر نتيجة للمشاركة في البحث
* المدة الزمنية اللازمة للبحث:انقر هنا لوصف المدة الزمنية اللازمة للبحث
* كيفية الحفاظ على سرية المعلومات:انقر هنا لوصف كيفية الحفاظ على سرية المعلومات
* الحالات التي ممكن أن تحث الباحث على ايقافي عن المشاركة في البحث:انقر هنا لوصف الدوافع التي قد تؤدي إلى إيقاف المشاركة في البحث
* أي جهد اضافي ممكن أن أبذله لغاية البحث:انقر هنا لوصف الجهد الإضافي الذي قد يبذله المشارك
* ماذا يحصل في حال قررت أن أتوقف عن المشاركة في البحث:انقر هنا لوصف النتائج المترتبة على توقف المشارك عن المشاركة في البحث
* متى يتوجب اعلامي باستنتاجات جديدة ممكن أن تؤثر على عزيمتي في المشاركة في البحث:انقر هنا لوصف متى يمكن إعلام المشارك عن أية استنتاجات قد تؤثر على عزيمته في المشاركة في البحث
* أن مشاركتي في هذا البحث اختيارية فلن اعاقب أو أخسر أية منافع في حال قررت عدم المشاركة أو التوقف عنها في أي وقت.
* **بمجرد توقيعك على هذا المستند فأنت تقر بأنك توافق اختياريا على المشاركة في هذا البحث وان المعلومات المدونة أعلاه قد شرحت لك بالكامل.**

**اسم المشارك:** ................................................................................................................. **توقيعه:** .......................................... **التاريخ**: / / 20

**اسم الشاهد الاول:** ............................................................................................................... **توقيعه:** .........................................

**اسم الشاهد الثاني:** ................................................................................................................. **توقيعه:** .........................................

**اسم الشاهد الثالث:** ................................................................................................................. **توقيعه:** .........................................

**في حال وجود أية استفسارات يرجى التواصل مع:**

**اسم الباحث:** انقر هنا لكتابة اسمك **رقم الهاتف:** انقر هنا لكتابة رقم للتواصل **البريد الالكتروني:** انقر هنا لكتابة بريدك الالكتروني

**اسم المشرف على البحث:** انقر هنا لكتابة اسم المشرف الأكاديمي (للطلبة) واكتب اسمك في حال أعضاء هيئة التدريس

**اسم الجهة الداعمة إن وجدت:** انقر هنا لكتابة اسم الجهة الداعمة

**ملاحظة هامة: يجب حفظ نسخة من هذا النموذج في الملف الطبي للمشارك ونسخة يحتفظ بها الباحث**