

نموذج الموافقة المستنيرة

راجع المربعات أدناه واعلم أن تمهيرا بتوقيعك يعني:

- (a) أنك حصلت على المعلومات الأساسية والفرصة لكي تطرح أي سؤال تريده.
(b) أنك تفهم محتوى الموافقة المستنيرة.
(c) أنك حصلت على الوقت الكافي لتتخذ قرار بشأن انضمامك/عدم انضمامك إلى السجل.
(d) أنك توافق على المشاركة في السجل.

1. أتفهم أن مشاركتي في السجل مشاركة تطوعية وأنتي قادر على تغيير رأيي والانسحاب في أي وقت. نعم

2. أتفهم أنكم ستبدلون كافة الجهود التي تضمن حماية خصوصيتي وخصوصية عائلتي. أتفهم أن معلوماتي الشخصية ستكون محمية في السجل باستخدام كود معين. على الرغم من ذلك، هناك خطر بسيط في التعرف على هويتي.

نعم

3. أنا مستعد لتقديم معلوماتي الطبية المحجوبة المصدر ليتم استخدامها في التجارب السريرية وغيرها من الدراسات الطبية المرتبطة بمرضي. نعم

4. أتفهم أن معلوماتي المحجوبة المصدر يمكن استخدامها في أي دراسة بحثية معتمدة بما في ذلك الأمراض غير المرتبطة بمرضي. نعم

5. أتفهم أن معلوماتي المحجوبة المصدر يمكن تقديمها إلى قواعد بيانات أخرى عن الرُّنح و تَوَسُّع الشُّعيرات وغيرها من الحالات النادرة ذات الصلة. نعم

6. أتفهم أنني قد لا استفيد شخصيا من المشاركة في السجل أو من استخدام معلوماتي الطبية المحجوبة المصدر في أي دراسة بحثية. نعم

7. أتفهم أنني يمكنني الانسحاب من السجل في أي وقت وإزالة معلوماتي. كما أتفهم أيضا أن أي معلومات مقدمة سلفا ومخصصة بالفعل لدراسة معينة لا يمكن إزالتها. نعم

8. في حالة الحصول على أي معلومات من خلال مشاركة المريض في هذا السجل وكان لها تداعيات على صحة المريض، هل ترغب في أن يخبرك السجل بذلك بحيث تحصل على تلك المعلومات. نعم لا

9. أفضل الاتصال بي فيما يخص أي تجارب سريرية مستقبلية أو دراسات أخرى يمكنني المشاركة فيها. نعم لا

10. أتفهم محتوى هذا النموذج وحصلت على إجابة على كل أسئلتي. حصلت على وقت كاف لاتخذ القرار بالمشاركة في هذا السجل. حصلت على نسخة من صفحة معلومات السجل. نعم

اسم المريض العمر إذا كان أقل من 16

التاريخ:

.....

التوقيع

.....

توقيع الوالدين أو ولي الأمر، إذا كان المريض أقل من 16

..... الاسم

التاريخ:

.....

التوقيع

.....