|  |
| --- |
| **موافقة على المشاركة في بحث****(نموذج مختصر)** |
| **عنوان الدراسة البحثية:** **الباحث الرئيسي:** **الإدارة:** |

سيُطلب منك المشاركة في دراسة بحثية. إذا كنت تقوم بتوفير الإذن عن شخص آخر للمشاركة في البحث، بصفتك الممثل الشخصي المعتمد قانونًا أو ولي الأمر أو الوصي القانوني عن هذا الشخص، فإن المصطلح "أنت" وضمائر المخاطب تشير إليك أنت والمشارك في البحث.

يتم تقديم المعلومات التالية بشكل شفهي لك باللغة التي تفضلها:

* الغرض من البحث،
* والمدة المتوقعة للمشاركة في البحث،
* والإجراءات التي سيتم اتباعها،
* والإجراءات ذات الطبيعة التجريبية؛
* وأي مخاطر أو اضطرابات أو امتيازات متوقعة،
* وما إذا كانت هناك أي إجراءات أو وسائل علاجية بديلة من الممكن أن تكون مفيدة؛
* وكيفية حماية خصوصيتك وسريتك ومن الذي سيرى المعلومات الخاصة بك.

مشاركتك في هذا البحث طوعية، ولن تخضع لعقوبة أو تفقد أي امتيازات إذا رفضت المشاركة أو إذا قررت التوقف عن المشاركة. ومع ذلك، فإن أي معلومات يتم تجميعها حولك قبل الانسحاب يجب أن تبقى في السجلات، عندما تفرض لوائح الحكومة ذلك أو عندما يعتمدها مجلس مراجعة مؤسسية.

عند الإمكان، يجب أن يخبرك الباحث أيضًا بما يلي:

* أي تعويضات أو وسائل علاجية طبية متاحة في حال حدوث إصابات
* أو احتمالية وجود مخاطر غير متوقعة عليكِ أو على طفلكِ، إذا كنتِ سيدة حاملاً أو إذا أصبحتِ حاملاً،
* أو الظروف التي قد يقوم فيها الباحث بإيقاف مشاركتك؛
* أو أي تكاليف إضافية قد تتكبدها؛
* أو ماذا يحدث إذا قررت التوقف عن المشاركة؛
* أو متى سيتم إخبارك بالنتائج الجديدة التي قد تؤثر على رغبتك في المشاركة؛
* أو عدد الأشخاص المشاركين في الدراسة،
* أو أي اختبارات جينية يمكن أن تتم،
* أو هل تتم إعادة نتائج الأبحاث ذات الصلة بالجانب الإكلينيكي إليك أم لا، وإذا كان الأمر كذلك، فما هي شروط ذلك،
* أو هل من المقبول أن يتم الاتصال بك لطلب المزيد من المعلومات أو العينات أو لمناقشة المشاركة في دراسة بحثية أخرى،
* أو أنواع العينات أو المعلومات التي يتم تجميعها والفترة الزمنية التي يتم خلالها استخدامها لأغراض البحث.

|  |  |
| --- | --- |
| **الأسئلة المتعلقة بما يلي:** | **يمكن توجيهها إلى:** |
| * البحث
* الإصابات المتعلقة بالبحث
* كيفية الانسحاب من الدراسة
 | **الهاتف:      -     (     )****المسؤول عن الرد على المكالمات: ‎(718) 270-1000** |
| * حقوقك
* حقوق الخصوصية
* كيفية الانسحاب من الدراسة
 |  **يمكنك الاتصال بالشخص (الأشخاص) الوارد اسمه أعلاه أو يمكنك الاتصال بـ** **مجلس المراجعة المؤسسية: ‎(718) 613-8480****مسؤول الخصوصية في المستشفى: ‎(718) 270-7470** |

**التوقيعات:**

|  |
| --- |
| **المشارك في البحث أو الممثل الشخصي المعتمد قانونًا أو ولي الأمر أو الوصي القانوني:** لقد قرأت هذا النموذج وقد تمت الإجابة على كل الأسئلة المتعلقة بالبحث بما يفي بمتطلباتي. تم شرح البحث لي بشكل شفهي. من خلال التوقيع، أنا أقر أنني قد تلقيت كل المعلومات الواردة أعلاه وفهمتها وأوافق بشكل طوعي على المشاركة في الدراسة البحثية. إذا كنت أوقع بصفتي الممثل الشخصي المعتمد قانونًا، فإنني أوافق على البحث اعتمادًا على فهمي لرغبات المشارك في البحث.  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الاسم بحروف واضحة | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_التَوقيع | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_تاريخ التوقيع |

|  |
| --- |
| **المترجم الفوري**  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الاسم بحروف واضحة | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_التَوقيع | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_تاريخ التوقيع |

|  |
| --- |
| **الشاهد المحايد**  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الاسم بحروف واضحة | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_التَوقيع  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_تاريخ التوقيع |

|  |
| --- |
| **الباحث الذي يحصل على الموافقة المستنيرة** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الاسم بحروف واضحة | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_التَوقيع  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_تاريخ التوقيع |

**التوزيع:**

* النسخة الأصلية الموقع عليها: ملف البحث الخاص بالباحث.
* نسخة: الشخص الذي يوافق على إجراء البحث.
* نسخة: السجل الطبي، إذا كان البحث متعلقًا بتجربة إكلينيكية (إلا إذا كانت الدراسة تشتمل على شهادة سرية أو إذا تم التنازل عن هذا المطلب من خلال مجلس المراجعة المؤسسية)