

الموافقة على المشاركة في دراسة بحثية

موضوع بالكامل الاسم : _____ : #IRB ID _____

اسم الباحث الرئيسي: _____ رقم الهاتف: _____

يتقدم الباحث بجامعة ايوا بدعوتكم للمشاركة في دراسة بحثية .

قبل أن تقرر ما اذا كانت ستشارك في هذه الدراسة البحثية ، يجب على الباحث إخباركم بالاتي :

- 1 . الغرض من هذه الدراسة البحثية
- 2 . إجراءات الدراسة
- 3 . طول مدة مشاركتكم في هذا البحث
- 4 . إذا ما كان هناك أي إجراءات تجريبية
- 5 . إذا ما كان هناك أي مخاطر مقبولة متوقعة أو متاعب وما هي فوائد هذا البحث.
- 6 . إذا ما كان هناك أي إجراءات بديلة يمكن أن تكون مفيدة أو علاجات.
- 7 . كيف سيتم الحفاظ على سرية البيانات الخاصة بك

حيثما ينطبق ذلك ، يجب على الباحث أيضا إخباركم عن:

- 1 . أي تعويض متاح أو علاج طبي متوفر في حال حدوث إصابة
- 2 . إمكانية حدوث المخاطر غير المتوقعة
- 3 . الأحوال التي سيقوم الباحث فيها بإنهاء مشاركتكم.
- 4 . إذا ما كان هناك أي تكاليف إضافية لك
- 5 . ماذا سيحدث إذا قررت التوقف عن المشاركة
- 6 . النتائج الجديدة التي قد تؤثر على رغبتكم في المشاركة
- 7 . كم عدد المشاركين في الدراسة .

قد يتوفر وصف لهذه الدراسة البحثية من خلال موقع www.ClinicalTrials.gov كما هو مقرر من قبل القانون الأمريكي لبعض الدراسات. و هذا الموقع لن يحتوي علي معلومات يمكن من خلالها التعرف عليك . على الأكثر سوف يشتمل الموقع علي ملخص لنتائج الأبحاث . يمكنك البحث في هذا الموقع في أي وقت . سيخبرك الباحث اذا ماكان وصف هذه الدراسة متوفر على الموقع.

إذا اشتملت هذه الدراسة البحثية علي إنشاء أو الوصول إلي المعلومات الصحية المحمية (PHI) ، يلزم على الباحث إعطائك نسخة من نموذج الرعاية الصحية الخصوصية لجامعة ولاية ايوا باللغة التي تختارها. إذا اخترت أن تكون في هذه الدراسة سوف تقوم بتوقيع نموذج استلام الرعاية الصحية الخصوصية لجامعة ايوا قبل بداية المشاركة في هذه الدراسة، و قبل إنشاء أو الوصول أي PHI . سوف يقوم الباحث بتوفير هذه النماذج لكم إذا ما اشتملت هذه الدراسة علي المعلومات الصحية المحمية PHI .

في حالة موافقتك على المشاركة ، يجب على الباحث أن يعطيك نسخة موقعة من هذه الوثيقة باللغة المختارة ونسخة من كامل افقت - IRB وثيقة الموافقة المخبر بها كلية والمتفق عليها لهذه الدراسة ، والتي هي ملخص للبحث المكتوب باللغة الإنجليزية.

إذا كان لديك أي تساؤلات حول هذا البحث في أي وقت ، يمكنك الاتصال بالباحث الرئيسي علي رقم الهاتف المذكور أعلاه.

إذا كان لديك أسئلة أو استفسارات حول حقوقك كمشارك بالبحث أو حول ما يجب فعله في حالة الإصابة كنتيجة للمشاركة ، يمكنك الاتصال بمكتب الأبحاث التي تجري علي البشر **Human Subjects** ، 105 مكتبة هاردين لل علوم الصحية ، و 600 طريق نيوتن ، جامعة ايوا ، مدينة ايوا ، IA 52242 ، 335-6564 (319) ، أو البريد الإلكتروني irb@uiowa.edu

مشاركتكم في هذا البحث هو عمل تطوعي ، و لن يتم معاقبتك أو تفقد أي من المزايا في حالة رفضك للمشاركة أو أن تقرر التوقف عن المشاركة في أي وقت .

المشارك

توقيعك أدناه يعني أن مترجم قام بوصف الدراسة البحثية، إليكم شفويا، بما في ذلك المعلومات الواردة أعلاه ، وقد أجاب الباحث الأسئلة الخاصة بك، وأنك توافق طوعا على المشاركة في الدراسة البحثية.

اسم المشارك مطبوعا _____

التاريخ _____

توقيع المشارك _____

المترجم

أقر بأنني أتحدث بطلاقة اللغتين الإنجليزية واللغة التالية، _____ ، وأني قد قمت شفويا بعرض المعلومات الواردة في وثيقة الموافقة المكتوبه باللغة الإنجليزية إلى 'المشارك' المذكورة أعلاه، وقمت بالإجابة على جميع أسئلة.

اسم المترجم مطبوعا _____

التاريخ _____

توقيع المترجم _____

الشاهد

شاهدت عملية الموافقة بأكملها و أقر بأن المعلومات الوارده في النسخة الإنجليزية من وثيقة الموافقة قد تم عرضها إلى 'المشارك' المذكورة أعلاه، باللغة التاية، _____ ، وقد تم الرد على أي أسئلة وبدا أن المشارك يفهم المعلومات

اسم الشاهد مطبوعا _____

تاريخ _____

توقيع الشاهد _____

اسم الممثل المفوض قانونيا (فقط إن وجد)

توقيعك أدناه يعني أنك الممثل المفوض قانونيا ل'المشارك' المذكور أعلاه، وأن الدراسة البحثية، بما في ذلك المعلومات الواردة أعلاه، وقد وصفت لك شفويا، وتمت الإجابة على أسئلتك، وأنك وافقت طوعا علي مشاركتها في هذه الدراسة البحثية.

الاسم مطبوع _____

التاريخ _____

التوقيع _____