**لجنه اخلاقيات البحث العلمي**

نمودج الموافقة المستنيرة لأجراء بحث علمي

على مشارك/مشاركة متطوع

الاسم:......................... النوع:.................................

السن:.......................... تاريخ الميلاد:.......................

**عزيزى المشارك/ المشاركة فى البحث اقدم لك نفسى , انا الطبيب/ واعمل فى مستشفى , واقوم بأجراء بحث علمى كجزء من درجة فى تخصص**

**و عنوانه:**

**الخلفية العلمية :**

**الهدف من البحث:**

**طرق البحث تفصيليا:**

**انت مدعو/ مدعوة للاشتراك فى هذا البحث بمحض ارادتك و الذى سوف يتم فى:**

* مكان البحث/
* ستكون ضمن المشاركين فى البحث ( مشارك) و ذلك لانطباق شروط القبول بالبحث عليك
* معايير الانضمام للبحث/

* معايير استبعاد المشاركة فى البحث/

* ما سوف يتم اجراؤه تفصيلا داخل البحث/

**سيتم جمع البيانات الاتية من كل المشاركين بالدراسة:**

**المقابلة الشخصية:**

**الفحوصات و التحاليل:**

سوف تعامل معلوماتك بسريه مطلقه ولن يطلع عليها سوى الباحث الرئيسي وبعد انتهاء الدراسه سوف يتم ابلاغك بنتائج البحث بناءا علي طلبك.

* ما سوف يتم اجراؤه تفصيلا فى مرات المتابعة
* ابلاغ اللجنة فورا بتقرير رسمى فى حال ظهور اى اعراض جانبية جراء هذا الحدث
* تحديد التوقف فورا عن اكمال البحث فى حالة ظهور مخاطر تهدد صحة و سلامة المشارك فى البحث خاصة فى التجارب الاكلينيكية "end point of the trial"

**الفوائد المحتملة من اجراء البحث :**

**المخاطر المحتمل حدوثها من اجراء هذا البحث و كيفية معالجتها ان وجدت :**

* من حق الباحث الرئيسى ان يقرر انسحابك من الدراسة او انهائها اذا وجد ان الضرر من البحث اعلى من المنفعة المحتملة او اذا احتاجت حالتك علاجا غير مسموح به فى الدراسة او فى حالة حدوث حمل للسيدات المشاركات فى البحث لو كان يمثل عائقا لشروط الانضمام للدراسة.

**البدائل المتاحة و حقك فى الانسحاب :**

مشاركتك فى البحث تطوعية و من حقك رفض المشاركة او الانسحاب من البحث فى اى وقت و دون ابداء اسباب دون ان تتأثر الخدمة الصحية الكاملة المقدمة لك فى مثل حالتك

**سرية معلوماتك :**

سوف تعامل معلوماتك بسرية كاملة و لن يطلع على بياناتك احد سوى الباحث الرئيسى, و بعد انتهاء الدراسة سيتم ابلاغك بنتائج البحث كما سيتم ابلاغك باى نتائج تتعلق بحالتك الصحية خاصة, كما اتعهد بعدم استخدام معلوماتك او عينات البحث الخاصة بك فى بحث اخر.

عند وجود اي استفسار لديك يمكنك الاتصال ب :

اسم الطالب : ت:

مقررلجنة الاخلاقيات - كلية الطب البشرى – جامعة قناة السويس:0643226104

أقر اني اطلعت وفهمت اجراءات هذا البحث و خطواته و وافقت عليها.

امضاء المشارك : تليفون :

التوقيع او البصمة او الختم (فى حالة الامية) :.................

تاريخ التوقيع:

اسم الشاهد على الموافقة: التوقيع و تاريخه:

* فى حالة من ينوب عن المشارك :Proxy consent
* توقيع الوالدين فى حالات الاطفال طبقا للقانون المصرى(حتى سن 18 سنة):
* توقيع الطفل اضافة لتوقيع الوالدين(اكثر من 12 سنة او حال تقدير الباحث لفهمه و وعيه للبحث):
* توقيع المشارك فى حالات الموافقة المتأخرة فى حالات فقد الوعى وحالات الطوارىء الحرجة:

ملحوظة:

* من حقك الحصول على صورة من هذا الاقرار.
* هذا البحث توطئة للحصول على درجة يتم تمويله ذاتيا بواسطة الباحث الرئيسى.

تمت موافقة لجنة اخلاقيات البحث العلمى بكلية الطب جامعة قناة السويس على اجراء هذا البحث بتاريخ:.........................................و برقم.............................