

موافقة
لأشخاص الغير ناطقين باللغة الانجليزية
النموذج القصير
صفحة 1 من 2

موافقة على المشاركة في دراسة بحثية

عنوان الدراسة

الباحث الرئيسي

رقم IRB

تشير كلمة "أنت" إليك، أو إلى طفلك، أو إلى شخص تمثل أفضل مصالحه.

يطلب منك المشاركة في دراسة بحثية.

قبل أن توافق على ذلك، يجب على الباحث (الباحثين) أن يخبرك عن:

- (1) لماذا يقوموا بالدراسة
- (2) المدة التي سوف تستغرقها الدراسة
- (3) جميع الإجراءات التي سوف تخضع لها
- (4) الإجراءات التجريبية
- (5) أي مخاطر أو عدم راحة يعرفوها
- (6) أي فوائد (أشياء جيدة) لك أو للأشخاص الآخرين
- (7) أي إجراءات أو علاجات أخرى يمكنك تجربتها بدلا من ذلك
- (8) كيف سوف يحتفظوا بمعلوماتك سرية وأمنة

وعندما ينطبق ذلك، سوف يخبرك الباحث (الباحثين) أيضا عن:

- (1) أي خطط للمدفوعات و/أو العلاجات الطبية إذا حدثت لك إصابة بسبب الدراسة
- (2) أنه قد تكون هناك مخاطر لك لا يعرف الباحثين عنها
- (3) أنه يمكن للباحث الرئيسي أن يخرجك من الدراسة حتى لو كنت ترغب في البقاء فيها
- (4) أي تكاليف إضافية لك لكونك في الدراسة
- (5) أي معلومات جديدة يمكنها أن تغير رأيك عن رغبتك في المشاركة في الدراسة
- (6) عدد الأشخاص الذين سوف يكونوا في الدراسة
- (7) من الذي سوف يستخدم ويشارك معلوماتك
- (8) ماذا يحدث إذا توقفت عن المشاركة في الدراسة

إذا كان لديك أسئلة عن حقوقك كمتطوع في الدراسة، أو إذا كنت غير راض في أي وقت عن أي جزء من الدراسة، يمكنك الاتصال بمجلس المراجعة المؤسسي لـ Spectrum Health على الرقم 2031 - 486 (616). لا يجب عليك إعطاء اسمك إذا كنت لا تريد. يمكنك أيضا الاتصال بـ (رقم العيادة) _____ (طبيب الدراسة) على الرقم _____

في أي وقت إذا كان لديك أسئلة عن الدراسة أو إذا كنت تعتقد أنك تعرضت لإصابة بسبب الدراسة.

المشاركة في الدراسة طوعية. لديك الحق في رفض التطوع للدراسة. لن يكون هناك عقوبة أو فقدان لمخصصات تحقق لك. لديك الحق في سحب موافقتك والتوقف عن المشاركة في الدراسة في أي وقت. سوف يظل لديك جميع المخصصات التي تحصل عليها عادة كمرضى. إذا وافقت على هذه الدراسة سوف نعطيك نسخة موقعة من هذا النموذج. وسوف نعطيك أيضا نسخة من نموذج الموافقة باللغة الانجليزية.

استمر إلى الصفحة 2 ←

موافقة
بحث، للأشخاص الغير ناطقين باللغة الانجليزية
النموذج القصير
(تابع)
صفحة 2 من 2

Patient Name

DOB

MRN

Physician

FIN

بيان الشخص الخاضع للدراسة أو ممثله المفوض قانونيا

أوافق على أن هذه الدراسة البحثية والمعلومات المذكورة أعلاه قد تم شرحها لي شفويا بلغتي وأنا أوافق طوعا على المشاركة في هذه الدراسة البحثية.

إسم الشخص الخاضع للدراسة بأحرف واضحة

توقيع الشخص الخاضع للدراسة أو ممثله المفوض قانونيا

التاريخ

بيان الشاهد

أقر بأن المترجم الفوري الطبي الذي تم تعيينه قد قام بتفسير العرض الشفهي بشكل كامل ودقيق باللغة
وأني كنت حاضرا أثناء فترة مناقشة الموافقة المستنيرة بأكملها.

توقيع الشاهد على عرض الموافقة المستنيرة

التاريخ

ملاحظة: يرجى الرجوع إلى النسخة الانجليزية من نموذج الموافقة المستنيرة للإطلاع على وثائق "الشخص الذي يحصل على الموافقة".