**إذن المشاركة في دراسة بحثية تتعلق بالبشر**

 **طلب مشاركتك في دراسة بحثية**

**قبل أن توافق على المشاركة، سيقوم شخص ما بشرح لك**

لماذا تمت دعوتك للمشاركة في دراسة بحثية●

ما يجب عليك معرفته عن دراسة البحث●

لماذا يتم إجراء هذا البحث●

ما هو مدى استمرارية البحث وما الذي ستحتاج إلى القيام به●

أي طرق يمكن أن تكون سيئة بالنسبة لك أثناء المشاركة في هذه الدراسة●

أي طرق يمكن أن تفيدك أثناء المشاركة في هذه الدراسة●

ماذا يحدث إذا لم ترغب في المشاركة في هذا البحث●

من يمكنك التحدث إليه●

كم عدد الأشخاص الذين سيتم دراستهم●

ماذا يحدث إذا قلت نعم، ترغب في المشاركة في هذا البحث●

ما هي مسؤولياتك إذا قررت المشاركة في هذا البحث●

ماذا يحدث إذا قلت نعم، ولكنك غيرت رأيك في وقت لاحق●

ماذا يحدث للمعلومات التي تم جمعها للبحث●

هل يمكن أن يتم استبعادك من البحث بدون موافقتك●

أي معلومات أخرى قد تحتاج إلى معرفتها●

**مع من يمكنني التحدث؟**

-إذا كان لديك أسئلة أو مخاوف أو شكاوى، أو تعتقد أن البحث قد تسبب لك بأذى، يمكنك التحدث مع فريق البحث على الرقم 1213-555 (555) أو على الموقع

researchteam@organization.org

 -تم مراجعة وموافقة هذا البحث من قبل لجنة مراجعة مؤسسية. يمكنك التحدث معهم على الرقم

 0868-828 (804) أو على الموقع Hrpp@vcu.edu إذا:

**o** إذا لم يتم الرد على أسئلتك، أو مخاوفك، أو شكاويك من قبل فريق البحث

إذا لم تتمكن من التواصل مع فريق البحث **o**

إذا كنت ترغب في التحدث مع شخص آخر غير فريق البحث **o**

إذا كانت لديك أسئلة حول حقوقك كمشارك في البحث **o**

إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات أو تقديم مدخلات حول هذا البحث **o**

**بالوقت المناسب، سيقوم شخص ما بشرح لك:**

سواء كنت ستحصل على علاج أو تعويض مالي في حالة الإصابة●

إمكانية وجود مخاطر غير معروفة●

متى يمكن أن يتم سحبك من البحث دون موافقتك●

التكاليف الإضافية المحتملة نتيجة المشاركة●

ما سيحدث إذا قررت التوقف عن المشاركة●

الخطوات الآمنة للتوقف عن المشاركة●

متى سيتم إخبارك بالمعلومات الجديدة●

عدد الأشخاص المتوقع مشاركتهم●

أن إدارة الغذاء والدواء قد تفحص السجلات●

ماذا يحدث للبيانات المجمعة إذا قررت التوقف عن المشاركة●

[www.ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)شرح لموقع ●

**(هناك ثلاث صفحات للتوقيع مرفقة بنموذج الموافقة هذا. استخدم صفحة التوقيع أو الصفحات**

**المناسبة لدراستك. توصي لجنة المراجعة المؤسسية بإعداد وثائق موافقة منفصلة لكل صفحة توقيع تم**

**استخدامها.)**

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

This template satisfies AAHRPP element I.1.G

**تاريخ مراجعة الوثيقة: 17 أغسطس 2023**

**مكان التوقيع للشخص البالغ القادر**

توقيعك يثبت موافقتك على المشاركة في هذا البحث

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الشخص المشارك التاريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إسم الشخص المشارك

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الشخص الشاهد للموافقة التاريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إسم الشخص الشاهد للموافقة

**مكان التوقيع للشخص البالغ الغيرقادر**

توقيعك يثبت موافقتك على أن الشخص المسمى له الحق في المشاركة في هذا البحث.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الشخص المشارك

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 توقيع الممثل القانوني المخول التاريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 إسم الممثل القانوني المخول

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الشخص الشاهد للموافقة التاريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الشخص الشاهد للموافقة

**مكان التوقيع للاطفال**

توقيعك يثبت موافقتك على مشاركة الطفل المدرج إسمة ادناة في هذا البحث.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إسم الطفل

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **توقيع الوالد أوالشخص المخول قانونياً بالموافقة على الرعاية الطبية العامة للطفل** التاريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **إسم الوالد أوالشخص المخول قانونياً بالموافقة على الرعاية الطبية العامة للطفل**

**☐** ا**لوالد**

**☐** **الشخص المخول قانونياً بالموافقة على الرعاية الطبية العامة للطفل (أنظر للملاحظة أدناه)**

**ملاحظة:** يجب على الباحثين التأكد من أن الأشخاص الذين ليسوا أولياء أمور يمكنهم إثبات سلطتهم القانونية للموافقة على الرعاية الطبية العامة للطفل. يرجى التواصل مع المستشار القانوني إذا نشأت أي أسئلة.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الوالد التاريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إسم الوالد

إذا لم يتم الحصول على توقيع الوالد الثاني، يُرجى تحديد السبب: (اختر واحدًا)

**☐** قررت اللجنة المعنية بالأبحاث (IRB) أن موافقة واحد من الوالدين كافية. **[احذف إذا لم تكن اللجنة**

**المعنية بالأبحاث قد اتخذت هذا القرار** **[**

**☐** الوالد الثاني متوفي

**☐** الوالد الثاني غير معروف

**☐** الوالد الثاني عاجز

**☐** الوالد الثاني غير متاح بشكل معقول

**☐** الوالد الوحيد المسؤول عن رعاية وحضانة الطفل

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الشخص الشاهد للموافقة التاريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

إسم الشخص الشاهد للموافقة