

## المشارك: بالاحرف الاولى

## البيانات: يرجى قراءة

1. لقد قرأت صحيفة معلومات المريض لهذه الدراسة (بتاريخ DD / MM / YY) وأتيحت لي الفرصة للنظر في المعلومات وطرح الأسئلة

2. أفهم أن مشاركتي في هذه الدراسة طوعية وأنه يمكنني الانسحاب في أي وقت دون إبداء أسباب أدرك أن إلغاء الاشتراك لن يؤثر على رعايتي الطبية في المستقبل.

3. أعطى الإذن للباحثين للنظر في سجلاتي الطبية للحصول على معلومات حول رعايتي والاتصال بي كجزء من هذه الدراسة البحثية.

4. أعطى موافقة صريحة مستنيرة لمعالجة بياناتي كجزء من هذه الدراسة البحثية. يسعدني الحصول على معلومات عنى تتعلق بالدراسة التي يتم تخزينها على أنظمة كمبيوتر محمية بكلمة مرور في مستشفى وأيضاً في جامعة برمنغهام في إنجلترا. سيتم نسخ هذا احتياطياً في مكان منفصل للحفاظ على أمان معلوماتي.

5. أوافق على المشاركة في هذه الدراسة البحثية وقد تم إبلاغي بشكل كامل بالمخاطر والفوائد والبدائل.

اسم الباحث الرئيسي / المرشح الذي يأخذ الموافقة

اسم المشترك

لقد قضيت وقتاً طويلاً في شرح طبيعة هذه الدراسة والغرض منها بشكل كامل للمريض أعلاه بطريقة يمكن أن يفهمها. لقد شرحت المخاطر التي تنطوي عليها وكذلك الفوائد المحتملة. لقد دعوتهم لطرح أسئلة حول أي جانب من جوانب الدراسة التي

توقيع الباحث

توقيع المشارك

تاريخ التوقيع

DD/MM/YY

تاريخ التوقيع

DD/MM/YY

يتم عمل ثلاث نسخ: واحدة للمريض ، واحدة للباحث ، و واحدة للمستشفى