**موافقة على المشاركة في دراسة بحثية**

اسم الشخص الخاضع للبحث: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ رقم الدراسة البحثية في مجلس المراجعة المؤسسي (IRB): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

السجل الطبي/الرقم التعريفي للشخص الخاضع للبحث: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

نطلب منك أنت أو طفلك المشاركة في دراسة بحثية. وتُعرّف الدراسة البحثية بأنها محاولة العلماء (الأطباء والممرضات وغيرهم من المهنيين) فهم كيفية عمل الأشياء واكتساب معرفة جديدة. ويُمكن أن تكون الدراسة البحثية عن آلية عمل الجسم، أو مسببات الأمراض، أو كيفية علاج الأمراض، أو ما يفكر فيه الناس ويشعرون به تجاه أشياء معينة.

قبل أن تقرر ما إذا كنت ستشارك أنت أو طفلك في هذه الدراسة البحثية، يجب على الباحث إخبارك بما يلي: (1) المعلومات الأساسية التي ستساعدك على فهم أسباب المشاركة أو عدم المشاركة في البحث؛ (2) أغراض الدراسة البحثية، والأنشطة التي ستجري - وتُسمى هذه الأنشطة الإجراءات، والمدة التي سيستغرقها البحث؛ (3) أي إجراءات تجريبية (يجري اختبارها)؛ (4) أي مخاطر محتملة، أو أسباب للقلق والانزعاج، أو فوائد للبحث؛ (5) أي إجراءات أو علاجات أخرى يُحتمل أن تكون مفيدة؛ (6) كيفية الحفاظ على خصوصيتك؛ (7) ما إذا كان سيتم الاحتفاظ بمعلومات خاصة محددة الهوية أو عينات محددة الهوية لعمل الأبحاث في المستقبل أو مشاركتها مع باحثين آخرين دون الحصول على الموافقة اللازمة على تلك الأبحاث الأخرى.

حسب الاقتضاء، يجب على الباحث أيضًا إخبارك بما يلي: (1) أي مدفوعات أو علاج طبي متوفرَين في حالة حدوث إصابة أو ضرر؛ (2) احتمال وجود مخاطر غير معروفة؛ (3) الحالات التي يجوز فيها للباحث إيقاف مشاركتك في البحث؛ (4) أي تكاليف إضافية عليك؛ (5) ما يحدث إذا قررت التوقف عن المشاركة في البحث؛ (6) متى يتم إخبارك بالنتائج الجديدة التي قد تؤثر في رغبتك في المشاركة؛ (7) عدد المشاركين في الدراسة البحثية؛ (8) حقيقة احتمالية استخدام عيناتك الحيوية لتحقيق ربح تجاري وما إذا كنت ستشارك في هذا الربح التجاري؛ (9) ما إذا كان البحث يشمل سلسلة الجينوم الوراثي كاملة.

إذا وافقت على المشاركة، فيجب أن تحصل على نسخة موقعة من هذه الوثيقة ونسخة من نموذج الموافقة الموافق عليه للمشاركة في هذه الدراسة البحثية مكتوبًا باللغة الإنجليزية.

يمكنك الاتصال بـ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ على الرقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ في أي وقت إذا كانت لديك أي استفسارات عن البحث أو عما تفعل إذا كنت مصابًا. إذا كانت لديك أي استفسارات عن حقوقك بصفتك شخصًا خاضعًا للبحث، فيمكنك الاتصال بمجلس المراجعة المؤسسي، على الرقم (508) 856-4261، الإلكتروني irb@umassmed.edu أو عبر البريد:

UMMS Institutional Review Board (IRB)

362 Plantation Street, Ambulatory Care Center, 7th Floor

Worcester, MA 01605

إن مشاركتك في هذا البحث تطوعية (باختيارك)، ولن تُعاقب أو تفقد مزايا إذا رفضت المشاركة أو قررت التوقف عن المشاركة.

يعني توقيع هذه الوثيقة أن الدراسة البحثية، بما في ذلك المعلومات المذكورة أعلاه، قد وُصِفَت لك شفهيًّا، وأنك توافق طوعًا على المشاركة.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
توقيع المشارك التاريخ

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

توقيع الممثل المفوَّض قانونًا التاريخ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

الاسم بحروف واضحة/توقيع الشاهد التاريخ

إرسال النسخ الموقعة من نموذج الموافقة إلى: 1) الأسرة؛ 2) السجل الطبي؛ 3) ملف الباحث.