ملاحظة: هذا النموذج معد للتوجيه والارشاد. يجب على الباحث تعديل الاستمارة على حسب بحثه. يرجى حذف

 الإرشادات المدونة بالخط الأحمر قبل التسليم. في حال تسليم نموذج الموافقة باللغتين الانجليزية و العربية, الرجاء التأكد من توافق و تطابق النموذجين.

يمكن للباحث تعديل النموذج بزيادة أو حذف أجزاء وفقا لمتطلبات بحثه ولكن الأجزاء المؤشرة بعلامة \* الزامية.

**نموذج الموافقة**

**المقدمة\***

**ندعوكم للمشاركة في الدراسة البحثية "يتم ذكر عنوان البحث"**

قد تم اختيارك كمشارك محتمل في هذا البحث نظرا لتكامل الشروط السريرية والبحثية لحالتك، الرجاء إعطاء الوقت الكافي لقراءة هذا النموذج، فريق البحث مستعد للإجابة على جميع تساؤلاتك واستفساراتك، كما يمكنك الاستفسار من طبيبك المعالج عن إمكانية مشاركتك في هذا البحث...وشكرا.

**ما هو الغرض من هذا البحث؟\***

شرح موجز عن هذا البحث والغرض منه.

الرجاء تنويه المشارك في البحث إذا كانت الدراسة في سياق رسالة الماجستير أو الدكتوراه

**ماذا يجب علي أن أعرف حول هذا البحث؟\***

من المهم أن تقرأ وتعرف بعض الأمور المهمة المتعلقة بالمشاركة في هذا البحث:

* المشاركة في هذا البحث طوعية وعدم الرغبة في المشاركة لن تؤثر بأي شكل من الأشكال على الرعاية الطبية التي تتلقاها.
* قد لا تنتفع من مشاركتك في هذا البحث نفعا مباشرا، لكن المعلومات والنتائج المستقاة من مشاركتك سوف تكون ذات فائدة كبيرة في مساعدة الآخرين.
* يمكنك التوقف عن المشاركة في هذا البحث في وقت أو مرحلة بلا أن يترتب عليك أي شيء أو أن يؤثر على نوع الرعاية الطبية التي تتلقاها.
* إن جميع المعلومات المتعلقة بهذا البحث من فوائد ومخاطر وآثار جانبية محتملة موجودة بصورة تفصيلية في هذا النموذج. كما نحثك على الاستفسار والسؤال عن البحث حيث ستجد الإجابة الكاملة قبل موافقتك على الاشتراك فيه.

**من هو الشخص المسؤول عن البحث؟\***

يتم ذكر الباحث المسؤول مع الجهة الممولة للبحث.

**ما هي الشروط التي تجعل الشخص غير مناسب للمشاركة في هذا البحث؟\***

يتم إدراج الصفات الخاصة بالاستبعاد من الدراسة- Exclusion criteria.

**ماذا لو كنت مشاركا حاليا في بحث آخر؟**

يرجى ذكر عنوان البحث الذي تشارك فيه حاليا، يجب عليك أيضا أخذ الموافقة من المسؤولين عن ذلك البحث لتجنب احتمال تعرضك لبعض الآثار الجانبية أو الضرر الناتج عن تكرار القيام بأخذ عينات من الدم أوالفحوصات الشعاعية أوأي فحوصات أواختلاطات ناتجة عن مشاركتك في أكثر من بحث واحد.

**ما هو عدد المشاركين المحتملين في هذا البحث؟\***

يتم ذكر العدد المحتمل للمشاركين في جميع مواقع البحث عند وجود أكثر من موقع.

**ماذا سيحدث عند موافقتي على الاشتراك بهذا البحث؟\***

يتم ذكر كافة الإجراءات اللازمة لإجراء البحث من أخذ عينات فحص الدم أوأية عينات أخرى مع شرح مفصل عن كمية العينة وطريقة أخذها، بالإضافة لأي فحص سريري أو غير سريري.

**ما هي المدة المتوقعة لمشاركتي في هذا البحث؟\***

يتم ذكر المدة التقريبية اللازمة لإجراء البحث مع ذكر الفقرة التالية:

" يمكنك التوقف عن المشاركة في هذا البحث بأي وقت أو مرحلة بلا أن يترتب عليك أي شيء. قد يقوم المسؤولون عن هذا البحث بإنهاء مشاركتك في أي وقت إذا كان ذلك في صالحك، أوعند تيقنهم من عدم قيامك بالالتزام بالتعليمات المتعلقة بالبحث والتي سبق وتم شرحها لك، اوعند وجود أمور أخرى لدى الباحثين أو الهيئة الراعية لهذا البحث.

**ما هي المخاطر والآثار الجانبية المحتملة للمشاركة في هذا البحث؟\***

يتم ذكر المخاطر الجسدية أو النفسية والآثار الجانبية- إن وجدت- بصورة تفصيلية لكل مرحلة أوعند إجراء أي فحص سريري أوشعاعي أوإجراء آخر.

**هل هناك فوائد خاصة لمشاركتي في هذا البحث؟\***

بيَن للمشارك في البحث اذا كان سيحصل على فوائد مباشرة وحدد ما هي منافع البحث بشكل عام أو اذكر التالي:

 إن هذا البحث لم يتم تصميمه للحصول على أية فوائد خاصة للمشاركين فيه ولايمكننا التعهد بحدوث ذلك في القريب العاجل، ولكن من المحتمل أن تكون النتائج المتوخاة من هذا البحث ذات فائدة مستقبلية.

**ما هي خياراتي البديلة؟**

بدل المشاركة في هذا البحث, لديك الخيارات التالية:

اذكر البدائل المتاحة للمشارك و التي قد تكون ذات منفعة للمشارك

* يمكنك عدم المشاركة في هذا البحث

**ماذا عن خصوصية وسرية تداول المعلومات؟\***

يجب ذكر كيف سيتم الاحتفاظ بالعينات\المعلومات و المدة حتى يتم تدميرها عند نهاية الدراسة أو الاحتفاظ بها للاستخدام في بحوث أخرى مشابهة.

سيتم التعامل مع المعلومات الناتجة عن مشاركتك في البحث بسرية تامة ولن يطلع عليها أي شخص أوجهة عدا المسؤولين عن إجراء الدراسة إلا بموافقتك، ولن تكون هناك إشارة إلى شخصك أوعشيرتك في أي بحث ينشر عن هذه الدراسة. فقط بعض الأشخاص من فريق البحث الذين سيكونون بحاجة لمراجعة معلوماتك سيتمكنون من الوصول إليها. يمكنك طلب إتلاف العينات أوما تبقى منها في أي وقت تشاء عن طريق التواصل مع الباحث (اذكر اسم الباحث و الهاتف و البريد لاالكتروني). قد يتم استخدام هذه العينات والمعلومات المستقاة منها في بحوث مشابهة أخرى أ لتدعيم مستجدات البحث مستقبلا، أوقد يقوم المركز بإتلافها عند انتفاء الحاجة لها.

**ما هي التكاليف الواجب علي دفعها للمشاركة في هذا البحث؟\***

لا توجد أية تكاليف أوالتزام بدفع أية أجور بغرض المشاركة وتكون تكاليف إجراء الفحوصات السريرية والمخبرية وأية فحوص أخرى مدفوعة من قبل الجهة الراعية لهذا البحث.

**هل يدفع لي مقابل المشاركة في هذا البحث؟\***

لن ندفع لكم مقابل على مشاركتكم. (اذا كان هناك مقابل يجب تحديد نوعه)

**ماذا لو حدث لي مكروه أوأصبت بمرض من جراء مشاركتي في هذا البحث؟**

سوف يقوم فريق البحث بكل الجهود اللازمة لمنع حدوث أي عارض طارئ أوإصابة بمرض أوأية اختلاطات أوآثار جانبية، عند حدوث أي منها (اذكر الاجراءات التي ستتبعها في هذه الحالة*)*

**ما هي الحقوق التي أتمتع بها نظير مشاركتي في هذا البحث؟\***

* لك الحق بمعرفة طبيعة وأهداف البحث.
* لك الحق بمعرفة جميع التفاصيل المتعلقة بمشاركتك واحتمال حدوث أية مضار أو آثار جانبية ملازمة لهذه المشاركة.
* لك الحق بالسؤال والاستفسار عن كل ما يتعلق بإجراء البحث.
* لك الحق باتخاذ قرار المشاركة او عدم المشاركة بدون أي تضليل أو ضغط
* لك الحق بالانسحاب من المشاركة في هذا البحث في أي وقت تشاء.
* لك الحق باستلام نسخة من نموذج الموافقة.

**بمن علي الاتصال للاستفسار عن هذا البحث؟\***

يمكنك الاتصال بالمسؤولين والمشرفين على هذا البحث للاستفسار عن أي موضوع متعلق بالمشاركة أوعند حدوث أية مشكلة طبية أوأي طاريء، كما يلي: (يجب ذكر أسماء و معلومات المسؤولين عن البحث)

* الدكتور:........................ البريد الالكتروني:................................ الهاتف:............................
* الدكتور:........................ البريد الالكتروني:................................ الهاتف:............................

إذا كان لديك أسئلة حول حقوقك كمشارك بالبحث، أو كنت ترغب في التحدث مع شخص من خارج فريق البحث، يرجى ااتواصل مع لجنة أخلاقيات البحث العلمي:

QBRI-IRB Office

الهاتف:

44540722 \ 44542947

البريد الالكتروني:

qbriirb@hbku.edu.qa

**وثيقة الموافقة على الاشتراك في دراسة تتعلق بالأبحاث الجينية**

لغرض الحماية من مخاطر فقدان السرية فإن جميع عينات الحمض النووي سيتم ترميزها بطريقة تجعلها غير مرتبطة بالأشخاص التي تعود لهم هذه العينات وسيتم حفظها بأماكن آمنة.

سوف تبذل كافة الجهود للمحافظة على سرية تداول المعلومات المتعلقة بالعينات الجينية وفق القوانين السارية مع المحافظة على جميع السجلات الطبية الخاصة بالمساهمين بهذه الأبحاث من أي إحتمال للتداول غير المصرح به. علما بأنه لن تتم الإشارة إلى هوية المساهمين بهذا البحث عند القيام بنشر نتائج البحث في النشريات والمؤتمرات الطبية.

**إنني أوافق على على المشاركة في هذه الدراسة وعليه فإن عيناتي البيولوجية ومعلوماتي يمكن أن تستعمل كالآتي:**

 الرجاء وضع إشارة على مربع واحد فقط

* أوافق على استعمال العينات البيولوجية العائدة لي في أبحاث أخرى من دون كشف هويتي وبدون حاجة لإعلامي مسبقا
* أوافق على استعمال العينات البيولوجية العائدة لي لهذه الدراسة فقط ولا أوافق على استعمالها لأبحاث لاحقة
* أوافق على الاتصال بي مستقبلا للحصول على موافقتي لاستعمال العينات البيولوجية العائدة لي في دراسات مستقبلية

**التوقيعات\***

باعتباري أحد المسؤولين عن إجراء هذا البحث فلقد تم شرح الغرض والهدف وكل ما يتعلق بهذا البحث من فائدة أومخاطر أوآثار جانبية، بالإضافة لجميع التفاصيل المتعلقة بالمشاركة وأخذ العينات واجراء الفحوصات الطبية وغيرها للمشارك، وقد تمت الإجابة على جميع أسئلته واستفساراته بصورة مرضية.

**إسم وتوقيع القائم بأخذ الموافقة الخطية:**

**الإسم:.................................... التوقيع:........................... التاريخ:........................**

**اسم وتوقيع المشارك في البحث:**

أنا الموقع أدناه أوافق على الاشتراك في هذا البحث بعد أن تعرفت على جميع الأمور المتعلقة بطريقة وأهداف ونتائج البحث، بالإضافة لكل ما ينبغي علي معرفته من تفاصيل لأية إصابات أوآثار جانبية قد تنتج عن هذه المشاركة.

كما أوافق على التعاون مع جميع القائمين بهذا البحث وكل ما يتطلب مني لإنجاح عملية المشاركة.

**الإسم:.................................... التوقيع:........................... التاريخ:........................**

**اسم وتوقيع الشاهد (عند الضرورة):**

**الإسم:.................................... التوقيع:........................... التاريخ:........................**

**اسم وتوقيع الوكيل القانوني للمشارك وصلة القرابة له (عند الضرورة):**

**الإسم:.................................... التوقيع:........................... التاريخ:........................**