

SurgWeek-2

SurgWeek-2

دراسة عالمية تعاونية لتتبع نتائج المرضى الخاضعين للجراحة
نموذج الموافقة (الوالدة / الوصي)

م	الإقرار (يُرجى القراءة)	الوالدة / الوصي (ضع الأحرف الأولى من اسمك أو بصمة الإبهام في كل خانة)
1	لقد قرأتُ ورقة معلومات المريض الخاصة بالدراسة المذكورة أعلاه أو قُرئت عليّ (بتاريخ DD/MM/YYYY، النسخة _)، وقد أُتيحت لي الفرصة للنظر في المعلومات وطرح الأسئلة.	
2	أفهم أنّ مشاركة طفلي في هذه الدراسة طوعية، وأنه يمكنني سحبه في أيّ وقت دون إبداء أيّ سبب. وأفهم أنّ الانسحاب لن يؤثر على رعاية طفلي الطبية مستقبلاً ولا على حقوقه القانونية.	
3	أمنح الباحثين الإذن بالاطّلاع على السجلات الطبية لطفلي للحصول على معلومات حول رعايته، والتواصل معي في إطار هذه الدراسة البحثية.	
4	أمنح موافقةً صريحةً ومستنيرةً على معالجة بيانات طفلي في إطار هذه الدراسة البحثية. ولا مانع لديّ من تخزين المعلومات المتعلقة بطفلي والخاصة بالدراسة على أنظمة حاسوبية محمية بكلمة مرور في مستشفياتكم وكذلك في جامعة برمنغهام في إنجلترا. وسيجري الاحتفاظ بنسخة احتياطية منها في موقع منفصل للحفاظ على أمان معلومات طفلي.	
5	أوافق على مشاركة طفلي في هذه الدراسة البحثية بعد أن أُطلعتُ بالكامل على المخاطر والفوائد والبدائل.	

SurgWeek-2



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery



NIHR | National Institute for
Health and Care Research



UNIVERSITY OF
BIRMINGHAM

اسم الباحث الرئيسي / من ينوب عنه في أخذ الموافقة	اسم الطفل
أنا الموقع أدناه، خصّصت الوقت لأشرح للوالد/الوصي المذكور أعلاه شرحاً كاملاً طبيعة هذه الدراسة والغرض منها بأسلوب يمكنه فهمه. وقد شرحت المخاطر التي تنطوي عليها إضافةً إلى الفوائد المحتملة. ودعوته إلى طرح الأسئلة حول أيّ جانب من جوانب الدراسة يهّمه.	اسم الوالد / الوصي
	صلة الوالد / الوصي بالطفل
	توقيع الوالد / الوصي (أو بصمة الإبهام)
توقيع الباحث	توقيع الطفل (أو بصمة الإبهام) (إن أمكن)
تاريخ توقيع الباحث على النموذج DD / MM / YYYY	تاريخ توقيع الوالد / الوصي على النموذج (أو بصمه بالإبهام) DD / MM / YYYY