

(يجب أن تُرفق بهذا النموذج
لائحة حقوق الأشخاص الخاضعين للأبحاث التجريبية، وثيقة الموافقة المعتمدة من مجلس المراجعة المؤسسي)

موافقة على المشاركة في دراسة بحثية

اسم الشخص الخاضع للدراسة البحثية: _____ رقم الدراسة البحثية في مجلس المراجعة المؤسسي (IRB): _____

السجل الطبي/ رقم معرف الشخص الخاضع للدراسة البحثية: _____

يُطلب منك أنت أو طفلك المشاركة في دراسة بحثية. وتُعرف الدراسة البحثية بأنها محاولة العلماء (الأطباء والمرضى وغيرهم من المختصين) فهم كيف تجري الأمور واكتساب معرفة جديدة. ويُمكن أن تتعلق الدراسة البحثية بكيفية 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 - وتسمى هذه الأنشطة بالإجراءات، والمدة التي سيستغرقها البحث؛ (3) أي إجراءات تجريبية (يجري اختبارها)؛ (4) أي مخاطر محتملة، أو متاعب، 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 للهوية أو عينات محددة للهوية لعمل الأبحاث في المستقبل أو مشاركتها مع باحثين آخرين دون الحصول على الموافقة اللازمة على تلك الأبحاث الأخرى.

حسب الاقتضاء، يجب على الباحث أيضاً إخبارك بما يلي: (1) توفر أي تعويضات أو علاج طبي 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 تتحملها؛ (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) احتمالية استخدام عيناتك الحيوية من أجل تحقيق ربح تجاري وما إذا كان ستكون لك حصة في هذا الربح التجاري؛ (9) ما إذا كان البحث يشمل التسلسل الجيني بأكمله.

إذا وافقت على المشاركة، يجب أن تحصل على نسخة موقعة من هذه الوثيقة ونسخة من نموذج الموافقة المعتمد الخاص بهذه الدراسة البحثية المكتوب باللغة الإنجليزية.

يمكنك الاتصال بـ _____ على الرقم _____ في أي وقت إذا كانت لديك أي استفسارات عن البحث أو عما يجب عليك فعله إذا كنت مصاباً. إذا كانت لديك أي استفسارات عن حقوقك بصفتك شخصاً خاضعاً للدراسة البحثية، يمكنك الاتصال بمجلس المراجعة المؤسسي، على الرقم (323) 442-0114، أو عبر البريد الإلكتروني hrpp@usc.edu أو عبر البريد العادي على العنوان التالي:

USC Institutional Review Board (IRB)

3720 South Flower Street

CUB325 / MC0702

Los Angeles, CA 90089-0702

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 وضحت لك شفهيًا، وأنت توافق طوعاً على المشاركة.

التاريخ

توقيع المشارك

التاريخ

توقيع الممثل المفوض قانوناً

التاريخ

الاسم بحروف واضحة/توقيع الشاهد

(يجب أن تُرفق بهذا النموذج
لائحة حقوق الأشخاص الخاضعين للأبحاث التجريبية، ووثيقة الموافقة المعتمدة من مجلس المراجعة المؤسسي)

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