# موافقة على المشاركة في دراسة بحثية

|  |  |
| --- | --- |
| [study title] | عنوان الدراسة |
| [full PI name] | الباحث الرئيسي |
| [full sponsor name] | إسم كفيل الدراسة |
| [IRB approval period mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy] | فترة موافقة هيئة المراجعة المستقلة (IRB) |
| [Study#] | رقم البحث |

يُطلب منك المشاركة في دراسة بحثية. وقد تمّ إطلاعك حول الدراسة الواردة اعلاه بلغتك: العربية.

وتمّ ايضاً توضيح المعلومات التالية لك:

* سبب القيام بهذه الدراسة وما الذي عليك عمله خلال الدراسة
* أقسام الدراسة التي هي بهدف البحث والمدة الزمنية التي ستكون أنت منخرطاً في الدراسة
* أية مخاطر او منافع او إنزعاجات قد تنتج عن الدراسة لك او لغيرك
* العلاجات البديلة المتاحة لك في حال عدم مشاركتك في الدراسة
* من هي الجهات المخوّلة الإطلاع على السجلات الخاصة بك في الدراسة
* كيفية المحافظة على خصوصية وسرية سجلات الدراسة الخاصة بك

في حال إصابتك بالأذى نتيجة مشاركتك بالدراسة، ستقدم لك كلية الطب في جامعة نيويورك العناية الطبية والعلاجات اللازمة. ولكن يتوجب عليك تسديد كلفة تلك العلاجات على نفقتك، إما مباشرة وإما بواسطة التأمين الطبي و/او غيرها من أنواع التغطية الطبية التي قد تكون متوفرة لك. لن تُعطى أي أموال.

إن كانت لديك أي أسئلة حول الدراسة او حول التأثيرات الجانبية او الإصابات التي تسببها الدراسة، يمكنك الإتصال بـ [ ] على الرقم [ ].

في حال إحتياجك للعناية الطبية الطارئة، يمكنك الإتصال بالرقم 911 او الذهاب إلى قسم الطوارئ.

في حال كانت لديك أسئلة حول الحقوق التي تتمتع بها بصفتك موضوع دراسة بحثية، يمكنك الإتصال بمكتب هيئة المراجعة المستقلة (IRB) على الرقم 212-263-4110 (212-263-4110). وهيئة المراجعة المستقلة (IRB) هذه هي لجنة تشرف على الأبحاث في هذه المؤسسة.

ستحصل على نسخة موقعة من إستمارة الموافقة هذه، كما وستحصل على موجز خطي للدراسة البحثية.

إن مشاركتك في الدراسة طوعية. يجوز لك إعادة النظر وتغيير رأيك في مشاركتك في الدراسة، وذلك في أي وقت كان من دون أن يؤثر ذلك على حصولك على العناية الطبية في المستقبل في هذه المؤسسة.

إن توقيعك على هذه الإستمارة يعني أنه تمّ توضيح هذه الدراسة البحثية، بما فيها المعلومات الواردة أعلاه، شفهياً لك وأنك توافق طوعاً على المشاركة بها.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الشخص موضوع البحث** | **(كتابة الإسم بوضوح)** | **التاريخ** |  |
| التوقيع |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الشاهد / المترجم** | **(كتابة الإسم بوضوح** | **التاريخ** |  |
| التوقيع |  | | |