**نموذج موافقة المشارك** (تعديل حسب الحاجة)

**عنوان الدراسة**: ......................

اسم الباحث وتفاصيل الاتصال به ..............................

رقم المشارك: \_\_\_\_

يرجى المربع الأولي

(أو خانة الاختيار ، إذا كانت متصلة بالإنترنت)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. أؤكد أنني قرأت وفهمت ورقة معلومات المشاركين (الإصدار XX بتاريخ DD MM YYYY) للدراسة أعلاه. |  |
| 1. لقد أتيحت لي الفرصة للنظر في المعلومات المقدمة وطرح الأسئلة والإجابة على هذه الأسئلة بما يرضيني. |  |
| 1. أفهم أن مشاركتي طوعية وأنه يمكنني طلب الانسحاب في أي وقت دون إبداء سبب ودون أن تتأثر رعايتي الطبية أو حقوقي القانونية [ضمان نفس ما هو مذكور في PIS]. |  |
| 1. (إذا كان ذلك مناسبا) أفهم أنه سيتم تخزين بياناتي مجهولة المصدر لمدة لا تقل عن X سنوات ويمكن استخدامها في الأبحاث المستقبلية المعتمدة أخلاقيا. |  |
| 1. (إذا كان ذلك مناسبا) أفهم أن الأقسام ذات الصلة من (ملاحظاتي الطبية) والبيانات التي تم جمعها أثناء الدراسة قد يتم النظر فيها من قبل أفراد من الراعي (جامعة إدنبرة) ، حيث تكون ذات صلة بمشاركتي في هذا البحث. أمنح الإذن لهؤلاء الأفراد بالوصول إلى بياناتي (و / أو سجلاتي الطبية). |  |
| 1. (إذا كان ذلك مناسبا) أدرك أن المشاركة في هذه الدراسة في الوقت الحالي قد تنطوي على مخاطر فيما يتعلق بالتعرض المحتمل لفيروس كورونا، وأنا أفهم الخطوات التي تم اتخاذها فيما يتعلق بتقليل مخاطر التعرض والانتقال. |  |
| 1. (إذا كان ذلك مناسبا) أوافق على إبلاغ طبيبي العام بمشاركتي في الدراسة. |  |
| 1. (إذا كان ذلك مناسبا) أوافق على تسجيل مقابلتي الصوتية / المرئية (احذف حسب الاقتضاء). |  |
| 1. (إذا كان ذلك مناسبا) أوافق على أن يتم نسخ المقابلة المسجلة الصوتية / المرئية (احذف حسب الاقتضاء) بواسطة مقاول تابع لجهة خارجية. |  |
| 1. أوافق على المشاركة في الدراسة أعلاه. |  |

(يمكن استبدال مساحات التوقيع أدناه بمربع الاختيار أعلاه ، إذا كانت الموافقة عبر الإنترنت)

اسم الشخص الذي أعطى الموافقة تاريخ توقيع

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

اسم الشخص الذي أخذ الموافقة تاريخ توقيع

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

(قم بإزالة التعليمات التالية إذا كانت الموافقة عبر الإنترنت)

1x الأصلي - في ملف الموقع ؛ 1x نسخة - للمشارك ؛ 1x نسخة - في السجلات الطبية (إذا كان ذلك مناسبا)