

**Short Form – Arabic (04/26/04)**

(This form should be accompanied by the Experimental Subject's Bill of Rights and the IRB approved consent document)

**الموافقة على المشاركة في دراسة بحثية**

اسم المُشارك: \_\_\_\_\_ رقم دراسة IRB: \_\_\_\_\_

رقم السجل الطبي/رقم تعريف المُشارك: \_\_\_\_\_

يُطلب منك أنت أو طفلك المشاركة في دراسة بحثية. الدراسة البحثية هي الطريقة التي يحاول بها العلماء (الأطباء والمرضى والإختصاصيون الآخرون) فهم كيفية عمل الأشياء واكتساب المعرفة الجديدة. يمكن أن تكون الدراسة البحثية عن كيفية عمل الجسم أو ما الذي يُسبب المرض أو كيفية علاج الأمراض أو ما الذي يعتقد الأشخاص ويشعرون به بشأن أشياء مُعينة.

قبل أن تقرر ما إذا كنت أنت أو طفلك ستشارك في هذه الدراسة البحثية، فإن الباحث يجب أن يُخبرك عن (1) أهداف الدراسة البحثية والأنشطة التي سوف تحدث والتي تُسمى الإجراءات ومدة استمرار البحث؛ (2) أي إجراءات تعتبر تجريبية (يتم اختبارها)؛ (3) أي مخاطر أو مضايقات معتادة وفوائد هذا البحث؛ (4) أي إجراءات أو علاجات أخرى ربما تكون مُساعدة؛ (5) كيف سيتم الحفاظ على خصوصيتك.

حيثما ينطبق ذلك، فإن الباحث يجب أيضاً أن يُخبرك عن (1) أي مدفوعات متاحة أو علاج طبي إذا حدثت لك إصابة أو ضرر؛ (2) احتمالية حدوث مخاطر غير معروفة؛ (3) المواقف التي يمكن للباحث عندها وقف مشاركتك؛ (4) أي تكاليف مضافة عليك؛ (5) ما الذي يحدث إذا قررت أن تتوقف عن المشاركة؛ (6) متى سوف يتم إخبارك عن النتائج الجديدة التي يمكن أن تؤثر على رغبتك في المشاركة؛ (7) عدد الأشخاص الذين سيشركون في الدراسة.

إذا كنت توافق على المشاركة، يجب أن يتم إعطاؤك نسخة من هذه الوثيقة ونسخة من نموذج الموافقة المعتمد لهذه الدراسة مكتوبة بالإنجليزية.

يمكنك أن تتصل بـ: \_\_\_\_\_ على رقم: \_\_\_\_\_ في أي وقت يكون لديك أسئلة بشأن البحث أو بشأن ما الذي عليك فعله إذا أصبت. يمكنك أن تتصل بمجلس المراجعة المؤسسية، على رقم 323-223-2340 إذا كانت لديك أية أسئلة عن حقوقك كمشارك في البحث.

مشاركتك في هذا البحث طوعية (باختيارك الخاص)، ولن تتعرض للجزاء أو لفقد مزايا إذا رفضت المشاركة أو قررت التوقف عن المشاركة.

التوقيع على هذه الوثيقة يعني أنه قد تم شرح الدراسة البحثية شفهيًا لك، ويشمل ذلك كل المعلومات المذكورة أعلاه، وأنت توافق على المشاركة بشكل طوعي.

توقيع المُشارك \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

توقيع الممثل المُخول قانونيًا \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

الاسم بخط واضح/التوقيع للشاهد \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

Routing of signed copies of the consent form: 1) Give to family; 2) Medical Record; 3) Investigator's file.