



جامعة مدرسة ماساشوستس الطبية
لجنة حماية الأفراد المشاركين في البحث
المركز الطبي UMass Memorial
وثيقة موافقة خطية قصيرة للأفراد الذين لا يتكلمون الإنجليزية
موافقة المشاركة في البحث

اسم الباحث الرئيسي _____ رقم القائمة _____

يُطلب منك أن تشترك في دراسة البحث قبل أن توافق، يجب أن يخبرك الباحث عن الأغراض والإجراءات و مدة البحث ، أي إجراءات تجريبية ، أي مخاطر يمكن توقعها بشكل معقول ، مضايقات ، وفوائد البحث، واحتمالية إجراءات أو معالجات بديلة مفيدة، وكيف سيتم الحفاظ على السرية .

حيثما تنطبق ، يجب أن يخبرك الباحث أيضا عن أي تعويضات متوفرة أو معالجة طبية إذا وقع حادث ما ، احتمالية المخاطر التي لا يمكن التنبؤ بها ، الظروف التي على أثرها قد يوقف الباحث مشاركتك، أية مصاريف إضافية لك ، ماذا يحدث في حالة قررت التوقف عن الاشتراك ، متى سيتم إخبارك عن نتائج جديدة للبحث والتي من الممكن أن تؤثر على رغبتك بالاشتراك، و عدد الناس المشتركين في الدراسة.

إذا وافقت على الاشتراك فيجب أن تُعطى نسخة موقعة من هذه الوثيقة وكذلك تقرير ملخص مكتوب من البحث.

يمكنك الاتصال ب _____ على _____ متى ما كان لديك سؤال حول البحث.

بإمكانك أن تتصل بمكتب أفراد البحث على الرقم 508-856-4261 إذا كان لديك أي أسئلة حول حقوقك كمشارك في بحث أو حول كيفية التصرف إذا تعرضت لإصابة.

إن اشتراكك في هذا البحث طوعي تماما. إذا قررت عدم المشاركة في دراسة هذا المشروع فلن يؤثر ذلك على الرعاية التي تستلمها. لن تتم معاقبتك ولن تخسر أي فوائد إذا رفضت المشاركة أو قررت التوقف.

توقيع هذه الوثيقة يعني بأن دراسة البحث ، ومن ضمنها المعلومات أعلاه ، قد شرحت لك شفها وأنت وافقت طوعا على المشاركة.

توقيع المشترك _____ التاريخ _____

توقيع الشاهد _____ التاريخ _____