**نموذج الموافقة القصير للمشاركة في بحث**

يُطلب منك المشاركة في دراسة بحثية.

قبل الموافقة، يجب على الباحث إخبارك بما يلي:

1. أغراض البحث، وإجراءاته، ومدته.
2. أي إجراءات تجريبية.
3. أي مخاطر، وإزعاجات، وفوائد للبحث يمكن توقعها بشكل معقول.
4. أي إجراءات أو علاجات بديلة من المحتمل أن تكون مفيدة.
5. كيف سيتم الحفاظ على السرية.

عند الاقتضاء، سيقدم الباحث لك معلومات أساسية حول الدراسة البحثية قبل تقديم المعلومات الأخرى.

عند الاقتضاء، يجب أن يخبرك الباحث أيضًا بما يلي:

1. أي تعويض أو علاج طبي متاح في حال حدوث إصابة.
2. احتمال وجود مخاطر غير متوقعة.
3. الحالات التي قد يوقف فيها الباحث مشاركتك.
4. أي تكاليف إضافية عليك.
5. ما يحدث إذا قررت التوقف عن المشاركة.
6. متى سيتم إخبارك بالنتائج الجديدة التي قد تؤثر على رغبتك في المشاركة.
7. كم عدد الأشخاص الذين سيشاركون في الدراسة.

يمكنك الاتصال بـ [Insert name of PI] على الرقم [Insert phone number] إذا كانت لديك أسئلة حول الدراسة البحثية أو ما الذي يجب عليك فعله إذا تعرضت لإصابة.

يمكنك الاتصال بـ Castle Institutional Review Board (Castle IRB) على الرقم 2472-442 (888) أو بواسطة البريد الإلكتروني [irbteam@castleirb.com](file:///C:\Users\melis\AppData\Local\Temp\Temp1_LS_Delivery_134303.zip\عنوان%20البريد%20الإلكتروني:%20irbteam@castleirb.com) إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بشأن حقوقك كمشارك في البحث.

المشاركة في البحث طوعية بالكامل. يمكنك رفض المشاركة أو اتخاذ قرار بالتوقف في أي وقت دون عقوبة أو فقدان للمزايا التي يحق لك الحصول عليها.

يعني التوقيع على هذه الوثيقة أن الدراسة البحثية، بما في ذلك المعلومات المذكورة أعلاه، قد تم توضيحها لك شفهيًا، وأنك توافق طواعيةً على المشاركة. إذا وافقت على المشاركة، فيجب أن تحصل على نسخة موقَّعة من هذه الوثيقة وملخصًا مكتوبًا للبحث.

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

توقيع المشارك التاريخ

Date Signature of Participant

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

توقيع الشاهد على عملية الموافقة التاريخ

Date Signature of Witness to Consent Process

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

توقيع الشخص الذي يحصل على الموافقة التاريخ

Date Signature of Person Obtaining Consent