



موافقة الطفل المشارك في البحث

اسم المريض:..... السن:..... النوع:.....
العنوان:.....
التليفون:..... محمول:.....
• ما سوف يتم إجراؤه بالتفصيل:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

• صور ايضاحية:



- المخاطر/ الأعراض الجانبية المحتمل حدوثها من إجراء البحث:
- الفوائد المتوقعة من البحث:
- عند وجود أى أسئلة يمكنك الإتصال ب:

اسم الباحث الرئيسى: طبيب/

تليفون محمول :

لقد قرأت و فهمت الخطوات التى ستتم من خلال هذا البحث و وافقت عليها
الطفل المشارك فى البحث:
الاسم:
التوقيع (البصمة):

التاريخ:

إقرار الطبيب المشرف/ الباحث الرئيسى على البحث
أتعهد بالحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالشخص محل البحث
توقيع الطبيب المشرف:

التاريخ:

ملحوظة:

1. من حق المتطوع الانسحاب من البحث فى أى وقت
2. يجب حصول المتطوع على صورة من الإقرار
3. تم إجازة خطوات هذا البحث من الناحية العلمية والأخلاقية من قبل المختصين بكلية طب الأسنان- جامعة بني سويف فى
بعد التأكد من أن البحث يتوافق مع الميثاق الاخلاقى للكلية، وان الفائدة المرجوة منه تربو على المخاطر
المحتملة / /
4. رقم مسلسل الموافقة

--	--

--	--	--