



**نموذج الموافقة المستنيرة  
لإجراء بحث طبي على شخص متطوع مصري**

إسم الشخص محل البحث: .....  
السن (تاريخ الميلاد): .....  
العنوان: .....  
الواصى / ولى الأمر (ينطبق/لاينطبق): .....  
صلة القرابة: .....  
التليفون: .....

• عنوان البحث:

• الفوائد المتوقعة من البحث:

- الفوائد المباشرة للمشارك المتطوع:

- الفوائد العامة الغير مباشرة للمشارك المتطوع:

• ما سوف يتم إجرائه على المريض بالتفصيل ( يشمل خطوات العمل بأختصار و عدد الزيارات و التكاليف التى سيتحملها المريض إن وجدت):

• المخاطر/ الأعراض الجانبية المحتمل حدوثها من إجراء البحث وكيفية التعامل معها:

• التعويضات فى حالة حدوث مخاطر:

• البدائل المتاحة: فى حالة رفضك الإشتراك فى هذا البحث ستلقى علاجك المعتاد

• سرية معلوماتك: سوف تعامل معلوماتك بسرية كاملة و لن يطلع على بياناتك سوى الباحث الرئيسى. بعد إنتهاء الدراسة

سيتم إبلاغك بنتائج البحث كما سيتم إبلاغك بأى نتائج تتعلق بحالتك الصحية .

• حقوقك فى الإنسحاب: من حقاك الإنسحاب من البحث فى أى وقت دون إبداء أسباب دون أى عواقب سلبية عليك.



• عند وجود أى إستفسار لديك يمكنك الإتصال ب:

• اسم الباحث الرئيسى: طبيب/

تليفون أراضى :

تليفون محمول :

اسم المشرف الرئيسى:

من ينوب عنه :

تليفون محمول :

التليفون:

مقرر لجنة الأخلاقيات:

- أقر أننى أطلعت و فهمت الإجراءات التى ستم من خلال هذا البحث و وافقت عليها وأن الطبيب الباحث قد أعلمنى بالبدائل العلاجية الممكنة لهذا البحث و أبلغنى بجميع المخاطر المحتملة وكيفية التعامل معها وأننى أوافق على التصوير والتسجيل ، وجميع أنواع الأشعة والتي يتعين القيام بها فى هذه الدراسة ، بشرط عدم الكشف عن هويتي.
- لقد قدمت تقريراً دقيقاً عن تاريخ حالتى الصحية . وأبلغت الطبيب بجميع أنواع ردود الأفعال الصحية أو الحساسية غير العادية من الأدوية أو الأغذية أو لدغ الحشرات أو مواد التخدير أو الغبار أو أى ردود أفعال حدثت لى من أى مواد أخرى ، أو نزيف غير طبيعى أو أى ظروف أخرى ذات صلة على صحتى.
- أقر بأننى غير مشترك فى أى بحث آخر منذ بداية هذا البحث و حتى إنتهائه و أننى سأعلم الطبيب الباحث لو دخلت أى بحث آخر طوال فترة هذا البحث.

المشارك فى البحث:

الاسم:

التوقيع (البصمة):

الشاهد الأول (ان وجد/ فى حالة الموافقة الشفهية) :

الشاهد الثانى(ان وجد/ فى حالة الموافقة الشفهية):

التاريخ:

اسم وتوقيع الطبيب القائم بالبحث:



اسم وتوقيع الطبيب المشرف على البحث:

ملحوظة:

١. من حق المتطوع الانسحاب من البحث في أى وقت مع حق الباحث في استخدام النتائج التي تم التوصل إليها
٢. يجب حصول المتطوع على صورة من الإقرار
٣. تم إجازة خطوات هذا البحث من الناحية العلمية والأخلاقية من قبل المختصين بكلية طب الأسنان جامعة بني سويف في / /  
بعد التأكد من أن البحث يتوافق مع الميثاق الأخلاقي للكلية ، وان الفائدة المرجوة منه تربو على  
المخاطر المحتملة
٤. رقم مسلسل الموافقة

--	--

--	--	--