**الموافقة على المشاركة**

للأطفال والقاصرين فإن المخاطب هو المشارك و أحد الأبوين أو الكافل الشرعي

1. لقد طُلب منك المشاركة في **بحث** بعنوان:

< >

تحت الرقم < >

للباحث:

1. تعني الدراسة بالتعرف على («DiseaseArabic») والتي نحن بصدد التعرف عليها والتي قد تساعد على اكتشاف العلاج المناسب مستقبلا، إن اشتراكك بهذا البحث أمر اختياري تماماً وبدون أي ضغوط من أحد، قبل موافقتك على المشاركة ننصحك بقراءة (أو سماع) هذه المدونة، إن فريق البحث على استعداد تام للإجابة على جميع استفساراتك وما يدور في ذهنك.
2. إذا وافقت على المشاركة بهذه الدراسة فإنه سيطلب منك التبرع بعينة («Participation\_Arabic») للتحليل، وسيتم وسم عينتك برقم ويبقى اسمك طي الكتمان للحفاظ على معلوماتك الشخصية.
3. سيقوم الباحثين بالاطلاع على بياناتك السريرية من ملفك الطبي بالمستشفى.
4. ليس هناك أية خطورة من المشاركة بهذا البحث ما عدا أذية التدخل للحصول على العينة («Participation\_Arabic»).
5. هذه الدراسة لم يتم تخطيطها لفائدتك بشكل مباشر، ولكن نتائجها يحتمل أن يكون لها دوراً إيجابياً في معالجة مرض («DiseaseArabic»)، ولك الاختيار التام برفض المشاركة بهذا البحث.
6. جميع المعلومات التي سنحصل عليها منك أو ملفك الطبي خلال هذه الدراسة ستعامل بسرية كاملة، ولن يستعمل اسمك بأي طريقة كانت للتعرف على مشاركتك بهذا البحث مع العلم بأن بعض هذه المعلومات قد تستعمل في النشر العلمي عن مرض («DiseaseArabic») بدون الإشارة إلى اسمك أو بياناتك الشخصية.
7. مشاركتك بهذا البحث عمل اختياري تماما ويمكنك رفض المشاركة، رفضك المشاركة لن يكون له أي تبعات غير مرضية عليك، يمكنك ترك المشاركة في أي وقت شئت بعد موافقتك على المشاركة.
8. لك كامل الحرية في الاستفسار عن أي شيء تقرأه في هذا النموذج أو عن البحث قبل التوقيع.

**لقد قرأت أو استمعت إلى ما هو مذكور في هذا النموذج وأود المشاركة في هذا البحث، لقد قدم لي الباحث شرح كامل للبحث وأجاب على جميع استفساراتي، كما أنني أعي أهداف البحث والتي ترمي إلى التعرف الأكثر على («DiseaseArabic»)، كما أنني على معرفة تامة بأنني إذا لم أوافق على المشاركة فلن تكون هناك أية تبعات أو أي عقاب أو تأثير على مراجعاتي للمستشفى، ويمكنني إيقاف المشاركة متى شئت حتى بعد الموافقة على المشاركة.**

**أوافق على المشاركة بهذه الدراسة وعلى تخزين بياناتى أوعينات دمي للأبحاث مستقبلا في (اختبار الباحث الرئيسي في التدريب)، توقيعي أدناه يعني أنني حصلت على نسخة منه مع ترجمته الرسمية باللغة الإنجليزية.**

**اسم المشارك** ------------------------------ **رقم الجوال:** -------------------------------------

**اسم (من يمثل المشارك)** ------------------------------ **رقم الجوال:** --------------------------------------

**توقيع المشارك (أو من يمثله)** -----------------------------------------------

**اسم الطبيب القائم على الموافقة** ------------------------------------ **رقم الهاتف:** -----------------------------------------

**توقيع الطبيب القائم على الموافقة** --------------------------------------------

**التاريخ**

 **<** **Project Title: >**

**< PI's name:**   **>**

**INFORMED CONSENT STATEMENT**

For children/minors participating in this study, the term “*You”* addresses

Both the participant and one of the parents or legally authorized representative.

1. You are being asked to participate in our study of <research name> under the research number <Research Code>.
2. We are investigating this topic to further our understanding of [ «Disease»]. Your participation in the research study is voluntary. Before agreeing to be part of this study, please read and/or listen to the following information carefully. Feel free to ask questions if you do not understand something.
3. If you participate in this study, you will be asked to donate a («Human\_Participation») which will be analyzed. Your sample will be coded and investigators will not have access to your personal information.
4. Also, the investigator will acquire clinical data from your medical record at the hospital.
5. Risks are limited to the usual discomfort of the process of collection.
6. This study was not designed to benefit you directly, however, there is a possibility that the results of the study may contribute to future treatments of [«Disease»]. Besides, the choice is yours to refuse to participate in this research.
7. All information obtained from your records during the study will be confidential. Your privacy will be protected at all times. You will not be identified individually in any way as a result of your participation in this research. The data collected, however, may be used as part of publications and papers related to [«Disease»].
8. Your participation in this study is entirely voluntary. You may refuse to participate in this research. Such refusal will not have any negative consequences for you. If you begin to participate in the research, you may at any time, for any reason, discontinue your participation without any negative consequences.
9. Please feel free to ask any questions about anything that seems unclear to you and to consider this research and consent form carefully before you sign.

I have read or listened to the above information and I have decided that I will participate in the project described above. The researcher has explained the study to me and answered my questions. I know what will be asked of me. I understand that the purpose of the study is to further the understanding of [«Disease»]. If I do not participate, there will be no penalty or loss of rights. I can stop participating at any time, even after I have started.

**I agree to participate in the study and for my data or samples to be kept and used for future research. My signature below also indicates that I have received a copy of this English consent form together with an official translation of this document in Arabic.**

**Participant’s Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobile No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Participant’s (Representative) Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobile No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Participant’s or (Representative) Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name of Physician in Charge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobile No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature of Physician in Charge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date:**