

## موافقة جامعة ولاية أوهايو للمشاركة في الأبحاث

### عنوان الدراسة:

لقد تم طلبكم للمشاركة في دراسة بحثية.

قبل موافقتك، يجب أن يخبرك الباحث عن:

- لماذا نقوم بهذه الدراسة
- ما الذي سيتم في الدراسة وما المدة المطلوبة منك لتشارك في هذه الدراسة
- أي من الأساليب التي سيتم استخدامها فقط في هذه الدراسة
- ما هي المخاطر أو المتاعب التي نتوقعها نتيجة مشاركتك في هذه الدراسة
- الفوائد الممكنة التي تعود عليك وعلى الآخرين
- الخيارات الأخرى التي لديك إلى جانب وجودك في الدراسة
- إن المعلومات التي يتم جمعها عنك في الدراسة سيتم حفظها بشكل سري

بناء على شكل الدراسة، يجب أن يخبرك الباحث عن:

- أي مكافأة أو معاملة طبية ستكون متوفرة في حال حدوث مكروه لك في الدراسة،
- إمكانية أن تكون هناك مخاطر غير متوقعة،
- متى يمكن للباحث إيقاف مشاركتك في الدراسة،
- ماذا سيحدث إذا قررت التوقف عن الاشتراك في الدراسة.
- مستجدات جديدة في المستقبل من الممكن أن تؤثر على قرارك من جدوى الاستمرار في المشاركة في الدراسة،
- أي تكاليف إضافية لك،
- عدد الأفراد الموجودين للمشاركة في الدراسة.

من الممكن أن تختار إذا كنت تريد المشاركة في هذه الدراسة. ومن الممكن أن تختار إذا كنت تريد عدم المشاركة في هذه الدراسة. إذا قررت المشاركة في الدراسة، يمكنك أن تترك الدراسة في أي وقت. وأياً كان قرارك الذي سنتخذه، فلن يكون هناك أي عقوبة عليك. ولن تخسر أي من امتيازاتك المعتادة.

لمزيد من الأسئلة والاستفسارات والشكاوى يمكنك أن تتصل بـ \_\_\_\_\_ على \_\_\_\_\_

للاستفسار عن حقوقك كشخص مشارك في هذه الدراسة يمكنك الاتصال بساندرا ميدوز بمكتب مسئول ممارسات الأبحاث على 1-800-678-6251. يمكنك الاتصال بهذا الرقم لمناقشة الاستفسارات أو الشكاوى مع شخص ليس من ضمن فريق البحث.

إذا حدث لك إصابة نتيجة المشاركة في هذه الدراسة يمكنك الاتصال بـ \_\_\_\_\_ على \_\_\_\_\_

التوقيع على هذه الاستمارة يعني أنه تم تفسير هذه الدراسة لك. ويجب أن يتم منحك الفرصة لتسأل جميع الأسئلة. وقبل اختيارك للمشاركة في الدراسة لابد من الإجابة على جميع أسئلتك.

توقيعك لهذه الاستمارة لن يجعلك تتخلي عن أي من حقوقك الشرعية. سيتم منحك نسخة من هذه الاستمارة وسيتم منحك أيضا ملخص مدون عن الدراسة.

توقيع الشخص	اسم الشخص مكتوب
ص/م	
التاريخ والوقت	
توقيع الشاهد (ضروري)	اسم الشاهد مكتوب
ص/م	
التاريخ والوقت	