

قبول الإشتراك في دراسة بحثية

ضع علامة (✓) امام المربع الموافق عليه

أعلمت بشكل صحيح بالدراسة البحثية المقترحة. وضحت لي كل حقوقى بشكل واضح.

إستلمت نسخة من صفحة معلومات المريض. إستلمت نسخة من وثيقة الموافقة (قبول الإشتراك).

أوافق على المشاركة فى الدراسة المسماة:

والمسجلة بالمعهد القومى للأورام – جامعة القاهرة

- إشتراكى تطوعى تماماً ولدى الحق فى سحب موافقتى فى أى وقت بدون أبداء تفسير أو اسباب ولن يؤثر ذلك على علاقتى مع طبيبى المعالج.
- البيانات والمعلومات التى ستجمع نيابة عنى ستكون سرية ويتم التصرف فيها طبقاً لقانون حماية المعلومات الخاصة بالأشخاص وفيما يتعلق بالبيانات الشخصية.
- موافقتى لا تعفى منظمى الدراسة البحثية من مسؤولياتهم واحتفظ بكل حقوقى التى ضمنها القانون.
- أعلمت بأن البيانات المجمعدة قد تستعمل فى المستقبل لأى هدف علمى مع الحفاظ الكامل على السرية.

اسم المشارك في الدراسة:

الرقم القومى للمشارك:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

توقيع المريض: بصمة الابهام اليمنى/اليسرى . تاريخ التوقيع:\.....\.....

اسم وكيل المريض القانونى فى حالة عدم القراءة والكتابة أو أقل من السن القانونية

الاسم: القرابة:

الرقم القومى للوكيل:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

توقيع وكيل المريض التاريخ:\.....\.....

لقد قمت بشرح هذا الاقرار بالموافقة المبنية على العلم هذه بشكل واضح ووافى للمريض المذكور اعلاه و/أو ممثله القانونى. الشخص المعين من قبل الباحث للمشاركة فى عملية الموافقة المطلعة:

الاسم: د. منى سيد عبد اللطيف

توقيع الشخص المعين: منى سيد تاريخ التوقيع: 2020 \ 7 \ 5

الباحث الرئيسى

اسم الباحث: أ.د. هدى عبد الغنى

اللقب / الوظيفة: استاذ الكلينيكال باثولوجي كلية طب القصر العيني-جامعة القاهرة

توقيع الباحث: هدى عبد الغنى تاريخ التوقيع: 2020 \ 7 \ 5