

:
:
:

أنت مدعو(ة) للمشاركة ببحث علمي سيجرى في -----

- () طلب إيضاحات أو معلومات إضافية عن أي شيء في هذه الدراسة .
() سحب من هذا البحث متى شئت حتى بعد التوقيع على الموافقة دون ان يؤثر ذلك على العناية الطبية المقدمة .
في حال وافقت على المشاركة في هذه الدراسة، سيبقى اسمك طبي الكتمان
يكون لأي شخص حق الاطلاع على ملفك الطبي باستثناء الطبيب المسؤول عن
الدراسة ومعاونيه.

او الشخص المسؤول عنه في حالة الاطفال والمعاقين ذهنيا :
جيز جراء هذا البحث و شتراك فيه

توقيعه