

اسم المشارك: _____ عنوان المشروع: IMPACT
الرقم الشخصي للمشارك: _____ المسؤول: _____
الرقم التعريفي الدراسي الخاص بالمشارك: _____ رقم هاتف الاتصال: _____

موافقة

إذا قرأت نشرة المعلومات وترغب بالمشاركة في دراسة IMPACT، نرجو منك الإجابة على الأسئلة والتوقيع على هذه الاستمارة.

نعم

1. لقد قرأت نشرة المعلومات الخاصة بالدراسة وحصلت على نسخة لي. لقد تلقيت معلومات مفهومة تمامًا، وقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة.

نعم

2. أفهم أن المشاركة في الدراسة تطوعية وأنا حر في إلغاء المشاركة في أي وقت دون أن يكون لذلك أي تأثير على الرعاية الطبية التي أتلقاها.

نعم

3. أوافق على التبرع بالدم لهذه الدراسة.

نعم

4. أعطي طاقم الدراسة الإذن بالحصول على المعلومات عني وعن حملي من سجل الحمل. وكذلك الاطلاع على سجل مركز رعاية الأمومة والولادة وسجل الطفل فيما يتعلق بنتائج الحمل والولادة. لقد تم التأكيد لي بأن المعلومات المتعلقة بي وبطفلي سيتم التعامل معها بسرية.

نعم

5. أسمح بأن يكون كل من دمي والمعلومات التي تم جمعها متاحة للبحوث المستقبلية بهدف التنبؤ بالمضاعفات لدى الأم والطفل فيما يتعلق بالحمل والولادة. وأسمح أيضًا بأن يمكن ربط نتائج الحمل بالبيانات الصحية المستقبلية في السجلات الصحية الوطنية. هذا شريطة أن يتم الحصول على موافقة لجنة الأخلاقيات الخاصة بالبحوث.

توقيع المشارك: _____ التاريخ: _____

توقيع مقدم المعلومات: _____ التاريخ: _____

اسم مقدم المعلومات بحروف واضحة: _____

إذا تم التوقيع على هذه الاستمارة بعد الحصول على معلومات من مترجم فوري، فإنه يتوجب تعبئة النقاط التالية:

Declaration by interpreter

I (*name*) declare that:

- I assisted the investigator (*name*) to explain the information in this document to (*name of participant*) using the language medium of
- We encouraged her to ask questions and took adequate time to answer them.
- I conveyed a factually correct version of what was related to me.
- I am satisfied that the participant fully understands the content of this informed consent document and has had all her question satisfactorily answered.

Signed at (*place*) on (*date*)

.....

Signature of interpreter

.....

Signature of witness