



**إقرار الموافقة المستنيرة للشخص المتطوع  
لإجراء بحث على شخص متطوع مصري (مريض أو سليم للمقارنة)**

بيانات ولي الأمر

بيانات المتطوع

الإسم:.

الإسم: .

صلة القرابة:

السن:

العنوان:

العنوان:

التليفون:.

التليفون:

(يمكن للمتطوع الاتصال به عند وجود أي استفسار) الإسم: رقم التليفون: التوقيع:		اسم الباحث
		عنوان البحث باللغة العربية
		الهدف من إجراء البحث
		الفائدة العامة من البحث
		الفائدة الشخصية للمتطوع في البحث
		ما سيتم إجرائه على المتطوع
		الأعراض الجانبية المتوقع حدوثها
أتعهد بالحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالشخص محل البحث توقيع الطبيب المشرف: .....		إقرار الطبيب المشرف على البحث
أوافق على الاشتراك في البحث وقد اطلعت على التفاصيل توقيع الشخص محل البحث: .....		موافقة الشخص محل البحث
<p>- من حق المتطوع الانسحاب من البحث في أي وقت. - يجب حصول المتطوع على صورة من الإقرار. تم إجازة خطوات هذا البحث من الناحية العلمية والأخلاقية من قبل المختصين بالكلية في / / رقم مسلسل الموافقة ( ) بعد التأكد من أن البحث يتوافق مع الميثاق الاخلاقي الكلية ، وان الفائدة المرجوة منه تفوق المخاطر المحتملة.</p>		