



Mycetoma
Research Center

Excellence and Leadership



Written Informed Consent Form for Medical Photography

1. Introduction

You are invited to provide your consent for taking clinical photographs at the Mycetoma Research Center (MRC), University of Khartoum. These photographs may be used for your medical documentation, follow-up, treatment planning, and scientific or educational research.

Please read the information below carefully before deciding.

2. Purpose of Taking Photographs

The photographs will be used for one or more of the following purposes:

- **Clinical documentation** of your condition.
- **Monitoring your progress** and treatment follow-up.
- **Scientific research**, including publications and presentations.
- **Educational purposes**, such as training healthcare professionals.

3. Confidentiality and Privacy

- Your **identity will be kept confidential**. Whenever possible, photographs will be taken and used **without showing your face** or any identifying features.
- Your name and personal information will **not** be attached to any photograph used for research or education.
- Only authorised medical and research staff at MRC will have access to your identifiable photographs.

4. Voluntary Participation

- Your consent is **voluntary**.
- You may **refuse** to have your photographs taken.
- You may **withdraw your consent at any time** without affecting the quality of your medical care.

5. Risks and Benefits

- There are **no physical risks** associated with photography.
- The potential benefits include improved clinical assessment and contributions to scientific knowledge.

6. Permission (Consent)

Please mark your choice:

- ☐ **I agree** to allow the Mycetoma Research Center to take my photographs for clinical documentation and follow-up.
- ☐ **I agree** to allow my photographs to be used for scientific research and educational purposes, provided my identity remains confidential.
- ☐ **I do NOT agree** to have my photographs taken or used.

7. Participant Declaration

I have read (or had read to me) this consent form. I understand its contents and agree voluntarily.

Participant Name: _____

Signature or Thumbprint: _____

Date: _____

8. Investigator Declaration

I have explained the purpose of taking photographs and answered all questions.

Investigator Name: _____

Signature: _____

Date: _____

نموذج موافقة مستنيرة للتصوير الطبي مركز أبحاث المايستوما – جامعة الخرطوم

1. المقدمة

تتم دعوتك لإعطاء موافقتك على التقاط صور طبية في مركز أبحاث المايستوما بجامعة الخرطوم. قد تُستخدم هذه الصور للتوثيق الطبي، ومتابعة الحالة، والتخطيط للعلاج، ولأبحاث العلمية أو الأغراض التعليمية. يرجى قراءة المعلومات بعناية قبل اتخاذ القرار.

2. الغرض من التصوير

سنستخدم الصور للأغراض التالية:

- التوثيق الطبي لحالتك.
- متابعة تطور المرض والعلاج.
- البحوث العلمية بما في ذلك النشر والعروض العلمية.
- الأغراض التعليمية مثل تدريب العاملين في الرعاية الصحية.

3. السرية والخصوصية

- سيتم الحفاظ على سريتك، وسيُجنب إظهار الوجه أو أي علامات تعريفية كلما أمكن.
- لن تُستخدم أي معلومات شخصية أو اسمك مع الصور المستخدمة في البحث أو التعليم.
- لن يصل إلى صورك التعريفية إلا العاملون المصرح لهم في المركز.

4. المشاركة طوعية

- موافقتك طوعية بالكامل.
- يمكنك الرفض دون أي تأثير على جودة العلاج.
- يمكنك سحب موافقتك في أي وقت دون أي تبعات.

5. المخاطر والفوائد

- لا توجد مخاطر جسدية مرتبطة بالتصوير.
- قد تستفيد من تحسين التقييم الطبي والمساهمة في المعرفة العلمية.

6. الموافقة

يرجى اختيار ما ينطبق عليك:

- ☐ أوافق على التقاط صوري للتوثيق الطبي والمتابعة.
- ☐ أوافق على استخدام صوري في البحث العلمي والأغراض التعليمية مع الحفاظ على سريتي.
- ☐ لا أوافق على التقاط أو استخدام صوري.

7. إقرار المشارك

لقد قرأت (أو قُريَ عليّ) هذا النموذج، وأفهم محتواه وأوافق طوعاً.

اسم المشارك _____ :

التوقيع أو البصمة _____ :

التاريخ _____ :

8. إقرار الباحث

أؤكد أنني شرحت للمشارك الغرض من التصوير وأجبت على جميع الأسئلة.

اسم الباحث _____ :

التوقيع _____ :

التاريخ _____ :