



Mycetoma
Research Center

Excellence and Leadership



نموذج الموافقة المستنيرة المكتوبة للمشاركة في دراسة تقرير حالة

عنوان تقرير الحالة:

اسم الباحث الرئيسي:

الجهة التابعة:

معلومات الاتصال:

1. المقدمة

تُدعى/تُدعين للمشاركة في دراسة تقرير حالة تُجرى في مركز أبحاث المايستوما (MRC) بجامعة الخرطوم. قبل اتخاذ قرار المشاركة، يُرجى قراءة المعلومات التالية بعناية. إذا كان هناك أي جزء غير واضح، يمكنك طرح الأسئلة وطلب المزيد من التوضيح من فريق البحث. مشاركتك طوعية بالكامل.

2. هدف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى وصف وتوثيق حالتك السريرية، ونتائج الفحوصات التشخيصية، ومسار العلاج، والنتائج المتعلقة بالمايستوما. ستساهم المعلومات التي يتم جمعها في تحسين المعرفة الطبية، وتعزيز رعاية المرضى، وتوجيه الأبحاث المستقبلية حول المايستوما.

3. الإجراءات

إذا وافقت على المشاركة:

- قد يتم جمع ومراجعة تاريخك المرضي، والفحوصات السريرية، ونتائج المختبر، والصور الإشعاعية، وتفاصيل العلاج.
- قد تُلتقط صور للجزء المصاب أو الآفة، وذلك بعد أخذ موافقتك.
- ستُستخدم المعلومات لأغراض علمية وتعليمية فقط، بما في ذلك النشر في المجلات الطبية أو العرض في المؤتمرات.
- لن تُجرى أي إجراءات إضافية خارج ما هو مطلوب لرعايتك الطبية.

4. المخاطر والانزعاجات المحتملة

لا توجد أي مخاطر جسدية ناتجة عن المشاركة، إذ لن تُجرى أي تدخلات طبية إضافية. ومع ذلك، قد تشعر/تشعرين بعدم الارتياح لمعرفة أن معلوماتك الطبية ستُنشر، على الرغم من إزالة جميع البيانات التي قد تُعرّف بك. يمكنك رفض استخدام الصور أو أي معلومات محددة.

5. الفوائد

لن تحصل/تحصلين على فائدة شخصية مباشرة من المشاركة. إلا أن مساهمتك ستساعد في تحسين فهم وتشخيص وعلاج والوقاية من المايستوما، مما قد يفيد المرضى الآخرين مستقبلاً.

6. السرية

- سيتم الحفاظ على سرية هويتك بشكل تام.
 - لن يظهر اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك أو أي معلومات تعريفية أخرى في تقرير الحالة أو أي منشور.
 - سيتم ترميز البيانات وحفظها بأمان في مركز أبحاث المايستوما.
 - سيقتصر الاطلاع على معلوماتك الشخصية على فريق البحث فقط.
-

7. المشاركة الطوعية والانسحاب

- مشاركتك طوعية بالكامل.
 - يحق لك:
 - عدم المشاركة، أو
 - الانسحاب في أي وقت دون ذكر أي سبب.
 - لن يؤثر قرارك على جودة الرعاية الطبية التي تتلقاها في مركز أبحاث المايستوما.
-

8. استخدام الصور (إن وُجد)

- يرجى اختيار أحد الخيارين:
- ☐ • أوافق على استخدام الصور السريرية للآلة الخاصة بي لأغراض النشر العلمي، بشرط عدم الكشف عن هويتي.
 - ☐ • لا أوافق على استخدام الصور السريرية.
-

9. بيان الموافقة

أقر بأنني قرأت (أو تمت قراءة) المعلومات الواردة أعلاه، وقد أُتيحت لي فرصة طرح الأسئلة وتمت الإجابة عنها بوضوح. أوافق طوعاً على المشاركة في دراسة تقرير الحالة هذه.

بيانات المشارك

اسم المشارك : _____
رقم المستشفى/العيادة : _____
التوقيع أو البصمة : _____
التاريخ : _____

للولي (إذا كان المشارك طفلاً أو غير قادر على إعطاء الموافقة)

اسم الولي : _____
صلة القرابة بالمريض : _____
التوقيع/البصمة : _____
التاريخ : _____

إقرار الباحث/الطبيب

أؤكد أنني شرحت الدراسة للمشارك (أو للولي)، وأجبت عن جميع الأسئلة، وحصلت على الموافقة المستنيرة.

اسم الباحث/الطبيب : _____
التوقيع : _____
التاريخ : _____

اسم مسؤول البيانات بمركز أبحاث المايستوما : _____
التوقيع : _____
التاريخ : _____