****

**CovidSurg - GlobalSurg Week**

**دراسة عالمية لتتبع نتائج العمليات الجراحية للمرضى الخاضعين للعمل الجراحي**

|  |
| --- |
|  |
| موافقة الأهل أو الوصي الشرعي (التوقيع أو البصمة في كل الخانات) | البيان الصادر عنك (نرجو الاطلاع علي المحتوي بتمعن) | # |
|  | لقد قرأت بنفسي / قرأت لي ورقة البيانات التوضيحية للمريض للدراسة المذكورة أعلاه (بتاريخ / / ، النسخة رقم \_\_\_\_) وأتيحت لي الفرصة للنظر في المعلومات المقدمة وطرح الأسئلة. | 1 |
|  | أعي تماما أن مشاركة طفلي في هذه الدراسة طوعية وأنه يمكنني الانسحاب في أي وقت دون إبداء أي مسوغ لذلك. أعي أن إلغاء المشاركة في البحث لن يؤثر على الرعاية الطبية المستقبلية لطفلي. | 2 |
|  | أعطي الإذن للباحثين للنظر في سجلات طفلي الطبية للحصول على معلومات حول الرعاية الصحية التي تلقاها والتواصل معي كجزء من هذه الدراسة البحثية. | 3 |
|  | أمنح الموافقة الصريحة بعد الاطلاع وفهم كافة الإجراءات المتعلقة ليقوم فريق البحث بمعالجة بيانات طفلي كجزء من هذه الدراسة البحثية. أوافق أن يتم تخزين بيانات طفلي المتعلقة بالدراسة على أنظمة الحاسوب المحمية في المستشفى الذي يتلقي العلاج فيه, وكذلك في جامعة برمنغهام في إنجلترا. حيث سيتم الاحتفاظ بنسخة احتياطية في موقع منفصل للحفاظ على سلامة بيانات طفلي. | 4 |
|  | أوافق على مشاركة طفلي في هذه الدراسة البحثية بعد أن أبلغت تمامًا بالمخاطر المترتبة والفوائد المرجوة والبدائل المتوفرة. | 5 |
|  |
| اسم الباحث الذي قام بتسجيل هذه الموافقة | اسم الطفل المشارك في البحث : |
| أنا ، الموقع أدناه ، قمت بالشرح المفصل للمريض المذكور أعلاه حول طبيعة هذه الدراسة والغرض منها بطريقة يمكنه فهمها. لقد شرحت المخاطر التي تنطوي عليها وكذلك الفوائد المحتملة. لقد دعوته لطرح استفسارات حول أي جانب من جوانب الدراسة التي قد تهمه. | اسم الوصي الشرعي أو أحد الأبوين |
| توقيع الباحث  | علاقة القائم بالتوقيع بالطفل المشارك في البحث |
| توقيع (أو بصمة ) الأهل أو الوصي الشرعي  |
| توقيع (أو بصمة ) الطفل المشارك في البحث (إن أمكن ذلك) |
| تاريخ توقيع الباحث / /  | تاريخ توقيع الأهل أو الوصي الشرعي  / /  |

نموذج موافقة أب أو وصي شرعي لطفل قاصر