**Short Form Consent Document (Arabic)**

Revised 05/02/2023; Translated 07/17/2023

الموافقة على المشاركة في البحث

يُطلب منك المشاركة في دراسة بحثية. قبل موافقتك على المشاركة، من المهم أن تتلقى شرحًا شفهيًا لهذه الدراسة بلغة مفهومة لك. يمثل البيان التالي ما توافق عليه عند التوقيع على نموذج الموافقة هذا وتاريخه:

أوضح لي المترجم الذي إما ان يكون أحد الباحثين الذين يجرون هذه الدراسة البحثية أو من ينوب عنهم (أ) أغراض البحث وإجراءاته ومدته؛ (ب) أي إجراءات تجريبية؛ (ج) أي مخاطر ومضايقات ومزايا يمكن توقعها بشكل معقول من البحث؛ (د) أي إجراءات أو علاجات بديلة يحتمل أن تكون مفيدة؛ و (هـ) من يمكنه الاطلاع على سجلات البحث الخاصة بي وكيف سيتم الحفاظ على سرية السجلات. [ **For FDA regulated research add:** قد تقوم إدارة الغذاء والدواء بفحص سجلات البحث.]

"أيضًا، عند الإشارة إلى هذه الدراسة، تم إخباري عن (أ) أي تعويض متاح أو علاج طبي في حالة حدوث إصابة؛ (ب) احتمال وجود مخاطر غير متوقعة؛ (ج) الظروف التي قد يوقف فيها المحقق مشاركتي؛ (د) أي تكاليف إضافية عليّ؛ (هـ) ماذا يحدث إذا قررت التوقف عن المشاركة؛ (و) متى سيتم إخباري بالنتائج الجديدة التي قد تؤثر على رغبتي في المشاركة؛ (ز) عدد الأشخاص الذين سيكونون في الدراسة؛ (ح) استخدام العينات البيولوجية الخاصة بي لتحقيق الربح التجاري؛ (ط) ما إذا كان سيتم إخباري بنتائج بحثي؛ (ي) ما إذا كان البحث قد يشمل تسلسل الجينوم الكامل؛ و (ك) عن أي استخدام بحثي مستقبلي لمعلوماتي أو العينات البيولوجية.

**"[For clinical trials add the following:]** سيكون وصف هذه التجربة السريرية متاحًا على https://www.clinicaltrials.gov، وفقًا لما يقتضيه قانون الولايات المتحدة. لن يشتمل موقع الويب هذا على معلومات يمكن أن تحدد هويتك. في الاغلب، سيتضمن موقع الويب ملخصًا للنتائج. يمكنك البحث في موقع الويب هذا في أي وقت.

"لقد تم إخباري أن الرعاية الطبية الضرورية الفورية متوفرة في المركز الطبي بجامعة ديوك في حالة إصابتي نتيجة لمشاركتي في هذه الدراسة البحثية. ومع ذلك، لا يوجد التزام من قبل جامعة ديوك أو نظام الصحة بجامعة ديوك أو أطباء ديوك بتقديم تعويض نقدي أو رعاية طبية مجانية لي في حالة الإصابة المرتبطة بالدراسة.

"لقد أُبلغت أنه يمكنني الاتصال بـ \_\_\_ [Name PI] \_\_\_ على \_\_\_ [Phone number with area code] خلال ساعات العمل العادية وعلى [24 hour number of PI or qualified key personnel with area code] بعد ساعات إذا تعرضت للإصابة أثناء البحث، أو كلما كان لدي أسئلة أو شكاوى أو مخاوف أو اقتراحات حول البحث.

"لقد تم إخباري أنه يمكنني الاتصال بمكتب مجلس المراجعة المؤسسية للنظام الصحي بجامعة ديوك (IRB) على (919) 668-5111 إذا كانت لدي أسئلة حول حقوقي كموضوع بحث، لمناقشة المشكلات أو المخاوف أو الاقتراحات المتعلقة بالبحث، أو للحصول على معلومات أو تقديم مداخلات حول البحث.

"لقد قيل لي أن مشاركتي في هذا البحث طوعية، وأنني لن أعاقب أو أفقد المزايا إذا رفضت المشاركة أو قررت التوقف.

"لقد قيل لي أنه سيتم إعطائي نسخة موقعة ومؤرخة من هذه الوثيقة وملخص مكتوب للبحث باللغة الإنجليزية.

"التوقيع على هذه الوثيقة يعني أن الدراسة البحثية، بما في ذلك المعلومات المذكورة أعلاه، قد تم وصفها لي شفهيًا، وأنني أوافق طواعية على المشاركة."

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع صاحب الموضوع/ الممثل المفوض قانونًا للموضوع التاريخ الوقت

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع الشاهد التاريخ الوقت

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع مقدم العرض الشفوي التاريخ الوقت