**Short Form Consent Document – Minors (Arabic)**

Revised 06/20/2023; Translated 07/17/2023

الموافقة على المشاركة في البحث

يُطلب منك السماح لطفلك بالمشاركة في دراسة بحثية. قبل الموافقة على السماح لطفلك بالمشاركة، 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 يكون إما 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 أبحاث طفلي 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 مشاركة طفلي؛ (د) أي تكاليف إضافية عليّ؛ (هـ) ماذا يحدث إذا قررت إيقاف مشاركة طفلي؛ (و) متى يتم إخباري بالنتائج الجديدة التي قد تؤثر على رغبتي في السماح لطفلي بالمشاركة؛ (ز) عدد الأشخاص الذين سيكونون في الدراسة؛ (ح) استخدام العينات البيولوجية لطفلي لتحقيق الربح التجاري؛ (ط) ما إذا كان سيتم إخباري بنتائج بحثي؛ (ي) ما إذا كان البحث قد يشمل تسلسل الجينوم الكامل؛ و (ك) حول أي استخدام بحثي مستقبلي لمعلومات طفلي 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 يتضمن موقع الويب هذا معلومات يمكنها التعرف على طفلك. 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 إصابة طفلي نتيجة مشاركته 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 أو لطفلي في حالة الإصابة المرتبطة بالدراسة.

"لقد تم إخباري أنه يمكنني الاتصال بـ \_\_\_ [Name PI] \_\_\_ على \_\_\_ [phone number with area code] خلال ساعات العمل العادية وعلى [24hour number of PI or qualified key personnel with area code] بعد ساعات إذا أصيب طفلي 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 الرقم (919) 668-5111 إذا كانت لدي أسئلة حول حقوق طفلي كموضوع بحث ولمناقشة المشكلات أو المخاوف أو الاقتراحات ذات الصلة للبحث أو للحصول على معلومات أو تقديم مداخلات حول البحث.

"لقد قيل لي أن مشاركة طفلي في هذا البحث طوعية، وأنني لن أعاقب أو أفقد المزايا إذا رفضت السماح لطفلي بالمشاركة 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 مشاركة طفلي بالكامل".

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانونيالتاريخالوقت

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

موافقة ولي الامرالتاريخالوقت

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

توقيع الطفل (إذا كان عمره 12 عامًا أو أكثر)التاريخالوقت

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

توقيع الشاهد التاريخ الوقت

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

توقيع مقدم العرض الشفوي التاريخ الوقت