

|  |
| --- |
| عنوان التقرير الخاص بالحالة: |
| اسم الباحث الرئيسي: |
| اسم وعنوان المؤسسة |
| أقر أنا ، \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (الاسم الكامل) بأني قد وافقت على استخدام المواد التالية:   1. البيانات السريرية 2. صور فوتوغرافية لا تظهر هويتي 3. تسجيلات صوتية 4. تسجيلات فيديو لا تظهر هويتي 5. مواد أخرى   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  أذا كان الأب/ ولي الأمر هو المذكور أسمه أعلاه، فيرجى ذكر علاقته بالمريض: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **تم شرح الآتي لي:**   1. المواد المستخدمة والتي تم عرضها علي هي لأغراض تعليمية وبغرض النشر فقط، 2. لن يتم إظهار أي مواد تتيح معرفة هويتي، 3. لن أنال أي اموال نظير النشر، 4. لن يكون مسموحا لي بسحب موافقتي على النشر أذا ما تم النشر، 5. المواد المنشورة متاحة للعامة   \*\* أقر بأني رأيت وقرأت المواد التي سيتم تقديمها للمجلة العلمية.    بتوقيعي على هذا أقر بأني مدرك تماما لما هيته.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  أسم وتوقيع الباحث الرئيسي  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |