

Conduct Medical Research

To

لجنة أخلاقيات البحث العلمي بكلية الصيدلة جامعة عين شمس ACUC-FP-ASU RHDIRB2020110301



Reviewer Opinion

Informed Consent IC Form

on

Volunteer

Participant					
Volunteer Participant Name					
Gender	Male	Female			
Age					
Address					
Telephone 0201					
Research Title in En	glish:				
Researcher Name:					
	جستير Master Thesis	رسالة ما	Yes	No	
Ph.I	وراه Thesis	رسالة دكة	Yes	No	
	Independent Ro	esearch	Yes	No	
	مد الدكتوراه مستقل	بحث ما بع			
The scientific backgr	ound and the aim o	f conduct	ting the res	earch	
What will be done in	detail				
Duration of the research?					
Location of the research	ch				
Total Number of resea	arch participants				
Sick Healthy					
Mention the method of selecting research participants, especially in clinical trials					
					Reviewer Opinion
-Details of the researc	h steps that the subsc	criber will	be exposed	to,	
including times of the	visit,				
the place of research and					
-					





place of taking samples or	
-	
various diagnostic methods and	
-	
various treatments that the participant will be exposed to during the search	
Potential risks of conducting research	
including treatment, NO/YES	
including diagnosis, NO/YES	
Expected benefits from the research:	
direct benefits:	
indirect benefits:	
Compensation in case of risks: if any	
Available alternatives if you refuse to participate in this research:	
When there is any question for the participant, s/he can contact:	
The principal investigator:	
Mobile:	
The Chief supervisor	
Mobile:	
Or the principal investigator Representative:	
Mobile:	
Or the Reporter/Chair of the Ethics Committee: Prof Dr. Khaled Aboshanab	
Mobile: 01007582620	

N.B.1. The volunteer has the right to withdraw from the research at any time without giving reasons

N.B.2. The volunteer must obtain a copy of this declaration

	Reviewer opinion
I acknowledge that I have read, understood and agreed to the procedures to be	
carried out through this research.	
Research participant or his legal representative Name:	
Signature	
Date:	
The delegate that will sign in case the participant is unable to read and write	
Name:	





Signature:	Date:	
I undertake to maintain the confidentiality of the research participant's information		
Principal Investigator Name:		
Signature:	Date:	

REC Seal:





نموذج الموافقة المستنيرة Informed Consent IC لإجراء بحث طبي على مشارك متطوع

Reviewer opinion	إسم المشارك المتطوع	
	أنثي	ذكر
		السن
		المعنوان
		التليفون
		عنوان البحث باللغة العربية:
		إسم الباحث/
		يتم إجراء هذا البحث توطئة لرسالة
	دكتوراة	ماجيستير
		 مشروع بحثي غير ممول
		 مشروع بحثي ممول
		تسمية الجهة الممولة (إذا وجدت)
		الخلفية العلمية والهدف من إجراء البحث
	طر عن الخلفية العلمية للبحث وما هي أهمية البحث للعلم	برجاء الشرح بلغة مبسطة فيما لا يقل على ثمانية أس
		والمجتمع.
		:مدة البحث
		مكان إجراء البحث:
	,	عدد المشاركين الكلي في البحث
	عدد المشاركين الأصحاء (لا يوجد)	عدد المشاركين المرضى: مريضا
	، التجارب الإكلينيكية	ما هو أسلوب اختيار المشاركين في البحث وخاصة في
	ف بما يشمل مرات الزيارة،	تفاصيل خطوات البحث التي سيتعرض لها المشترا
		مكان البحث وسحب العينات أو وسائل التشخيص المختلفة
		و العلاج التي سيتعرض له المشترك أثناء البحث
		واعترج الني سيعرض له المعتدر الناع البحث مكان إجراء البحث وسحب العينة *
		عدد الزيارات *
		and the state of t
		: العلاج الذي سيتعرض له المشترك أثناء البحث * * وسائل التشخيص :
		خطوات البحث:
	-	
		المخاطر المحتملة من إجراء البحث:
	ك من أي إجراء في البحث بما يشمل العلاج أو التشخيص	برجاء كتابة كل من المخاطر المتوفع حدوثها للمشتر
	وألم)	مثلا (سحب عينة الدم يمكن أن ينتج عنه كدمة بسيطة





	سحب عينة الدم *
	الآثار الجانبية المحتملة من عقار *
	الفوائد المتوقعة من البحث:
الفوائد غير المباشرة	الفواند المباشرة
جد فاندة مباشرة من الاشتراك في البحث لكن نتيجة البحث	إذا كانت لا توجد فوائد مباشرة للمشترك يكتب (لا تو.
	ستفید مرضی آخرین)
*الفوائد المباشرة:	
	*الفوائد غير المباشرة:
	-
ى نفقة الباحث	التعويضات في حالة حدوث مخاطر: سيتم علاجها علم
ث: ستتلقى علاجك المعتاد	البدائل المتاحة في حالة رفضك الاشتراك في هذا البحد
تث الرنيسي (الإسم)	عند وجود أي استفسار للمشارك يمكنه الاتصال بالباد
	تليفون:
عند وجود أي استفسار للمشارك يمكنه الاتصال بمقرر أو رئيس لجنة الأخلاقيات (الإسم) د.خالد أبو شنب	
	تليفون : 01007582620

تنبيهات N.B.

- 1. من حق المتطوع الانسحاب من الدراسة بأي وقت دون أي عواقب سلبية
 - 2. يجب حصول المتطوع على صورة من الإقرار

افر انني اطلعت وفهمت الإجراءات التي سنتم من خلال ها البحث ووافقت عليها
إسم المشارك في البحث:
إسم ممثل المشارك القانوني:
التوقيع:
التاريخ:
إسم الشاهد في حال المشارك غير قادر على القراءة والكتابة:
التوقيع:
التاريخ:
أتعهد أنا الباحث بالحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالمشارك في البحث
إسم الباحث الرئيسي أستاذ دكتور/
التوقيع:
التاريخ:
مضاء رئيس/مقرر لجنة الأخلاقيات:



