Requesting a Waiver of the Informed Consent Process

Part 1. PROTOCOL INFORMATION			Reviewer Opinion
Researcher Name:		إسم الباحث	
Faculty:		الكلية	
University:		الجامعة	
Department:		القسم العلمي	
Mobile رقم المحمول			
E-mail البريد الالكتروني			
Master Thesis رسالة ماجستير	Yes	No	
Ph.D. Thesis رسالة دكتوراه	Yes	No	
Independent Research/ بحث ما بعد الدكتوراه مستقل	Yes	No	
عنوان البحث أو الرسالة باللغة العربية			
Thesis or Research Title in English			
PI Signature توقيع الباحث الرئيسي/	توقيع المشرف الرئيسي		

N.B. All forms must be typewritten, singed by the Chief supervisor and submitted via email to

rec@pharma.asu.edu.eg

العباسية – القاهرة – جامعة عين شمس – كلية الصيدلة – شارع منظمة الوحدة الأفريقية – خلف مستشفي عين شمس التخصصي
rec@pharma.asu.edu.eg 11566 الرقم البريدي

Part 2: REQUEST FOR **WAIVER**		Reviewer Opinion
To request REC approval of a protocol which **does not** include an IC process, **Please, provide a response to all of the following questions.** Please be specific in explaining why each statement is true for this research. **[A protocol which does not include an informed consent IC process may be approved by the REC under certain conditions.]**		
2.1.A. Explain why the research involves NO more than minimal risk to the subjects.		
2.2.A. Explain how the research involves NO more than minimal risk to the subjects.		
2.B. Explain why the waiver will NOT adversely affect the rights and welfare of the subjects.		
2.1.C. Is the research team collecting identifiable private information and/or identifiable biospecimens?		
Yes	No	
2.2.C. If yes, explain why the research could not practicably be carried out without using such information or biospecimens in an identifiable format.		
2.D. Explain why the research could not be practicably be carried out without the waiver of informed consent.		
2.1.E. If a waiver of informed consent is approved by the REC, will subjects be provided with additional pertinent information after participation?		
Yes	No	
2.2.E. Explain/describe why:		

العباسية – القاهرة – جامعة عين شمس – كلية الصيدلة – شارع منظمة الوحدة الأفريقية – خلف مستشفي عين شمس التخصصي
rec@pharma.asu.edu.eg 11566 الرقم البريدي

	Reviewer Opinion
Chief Supervisor electronic Signature إمضاء المشرف الرئيسي	
PI electronic Signature إمضاء الباحث الرئيسي	
Date Submitted/uploaded	

Reviewer Name:		Reviewer signature:	
Reviewer Decision			
Approved	Conditionally approved	Deferred	Not approved
Reviewing Date:			

العباسية – القاهرة – جامعة عين شمس – كلية الصيدلة – شارع منظمة الوحدة الأفريقية – خلف مستشفي عين شمس التخصصي
rec@pharma.asu.edu.eg 11566 الرقم البريدي