Informed Consent IC Form

To Conduct Medical Research on A Volunteer Participant			Reviewer Opinion
Volunteer Participant Name			
Gender	**Male**	**Female**	
Age			
Address			
Telephone 0201			
Research Title in English:			
Researcher Name:			
Master Thesis رسالة ماجستير	Yes	No	
Ph.D. Thesis رسالة دكتوراه	Yes	No	
Independent Research بحث ما بعد الدكتوراه مستقل	Yes	No	
The scientific background and the aim of conducting the research			
What will be done in detail			
Duration of the research?			
Location of the research			
Total Number of research participants			
Sick	Healthy --		
Mention the method of selecting research participants, especially in clinical trials			

	Reviewer Opinion
-Details of the research steps that the subscriber will be exposed to,	
including times of the visit,	
the place of research and	
-	

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

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:	

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

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

REC Seal:

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

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

Reviewer opinion	إسم المشارك المتطوع	
	أنثي	ذكر
	السن	
	العنوان	
	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	
	برجاء الشرح بلغة مبسطة فيما لا يقل على ثمانية أسطر عن الخلفية العلمية للبحث وما هي أهمية البحث للعلم والمجتمع.	
	:مدة البحث	
	مكان إجراء البحث:	
	عدد المشاركين الكلي في البحث	
	عدد المشاركين الأصحاء (لا يوجد)	عدد المشاركين المرضى : مريضا
	ما هو أسلوب اختيار المشاركين في البحث وخاصة في التجارب الإكلينيكية	
	تفاصيل خطوات البحث التي سيتعرض لها المشترك بما يشمل مرات الزيارة، مكان البحث وسحب العينات أو وسائل التشخيص المختلفة والعلاج التي سيتعرض له المشترك أثناء البحث مكان إجراء البحث وسحب العينة * :عدد الزيارات * :العلاج الذي سيتعرض له المشترك أثناء البحث * *وسائل التشخيص : خطوات البحث: -	
	المخاطر المحتملة من إجراء البحث:	
	برجاء كتابة كل من المخاطر المتوقع حدوثها للمشترك من أي إجراء في البحث بما يشمل العلاج أو التشخيص مثلا (سحب عينة الدم يمكن أن ينتج عنه كدمة بسيطة وألم)	

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

سحب عينة الدم * الآثار الجانبية المحتملة من عقار *		
الفوائد المتوقعة من البحث:		
الفوائد المباشرة	الفوائد غير المباشرة	
إذا كانت لا توجد فوائد مباشرة للمشترك يكتب (لا توجد فائدة مباشرة من الاشتراك في البحث لكن نتيجة البحث ستفيد مرضى آخرين) *الفوائد المباشرة: *الفوائد غير المباشرة: - .		
التعويضات في حالة حدوث مخاطر: سيتم علاجها على نفقة الباحث		
البدائل المتاحة في حالة رفضك الاشتراك في هذا البحث: ستتلقى علاجك المعتاد		
عند وجود أي استفسار للمشارك يمكنه الاتصال بالباحث الرئيسي (الإسم)		
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**

أقر أنني اطلعت وفهمت الإجراءات التي ستتم 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:

إمضاء رئيس/مقرر لجنة الأخلاقيات:

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

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