

(معلومات الاتصال الخاصة بالمستشفى)

نموذج الموافقة للمريض وممثله
تجربة HALT-IT

عنوان البحث: حمض الترانكساميك لعلاج النزيف المعدي المعوي: تجربة دولية معشاه، مزدوجة التعمية ومضبوطة بالدواء الغفل

رمز المستشفى	الباحث الرئيسي المحلي						
رقم تعريف مستشفى المريض	رقم التعشية						
اسم المريض	في حال وجود ممثل، علاقته بالمريض						
		الصندوق				الحزمة	

الإصدار 2.0 بتاريخ 2017/08/23

1. لقد قرأت وفهمت نشرة المعلومات (الإصدار رقم 2.0 بتاريخ 23 أغسطس 2017) ولقد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة.
2. أنا أدرك أن خيار المشاركة في هذه الدراسة يعود لي أنا. وأن لي حرية الانسحاب منها في أي وقت دون إبداء أي سبب ودون أن يؤثر ذلك على علاجي أو على حقوقي (علاج وحقوق المريض).
3. أنا أدرك أنه قد يتم الاطلاع على أجزاء من ملاحظاتي الطبية (ملاحظات المريض الطبية) من قبل أشخاص مشاركون في الدراسة. وأسمح لهم بالاطلاع على الملاحظات.
4. أنا أسمح بحصول موظفي الدراسة في لندن على نسخة من هذا النموذج لأغراض المراقبة.
5. أنا أسمح بإخبار طبيبي الشخصي حول مشاركتي (حول مشاركة المريض) في هذه الدراسة.
6. أنا أسمح باستعمال البيانات التي تجمع عني في هذه الدراسة (مع إزالة معلوماتي الشخصية) من قبل الباحثين في جميع أنحاء العالم.
7. أنا أوافق على مشاركتي (مشاركة المريض) في الدراسة أعلاه، تجربة HALT-IT.

اسم المريض/الممثل	التاريخ	التوقيع (بصمة الإبهام أو أي علامة أخرى في حال عدم القدرة على التوقيع)
اسم الشخص الذي أخذ الموافقة	التاريخ	التوقيع
اسم الباحث الرئيسي	التاريخ	التوقيع
اسم الشاهد	التاريخ	التوقيع

المريض/ممثله غير قادر على التوقيع. وبصفتي شاهداً، أؤكد على أنه تم تقديم جميع المعلومات حول التجربة وعلى أن المريض/ممثله قد وافق على المشاركة فيها.

سيتم حفظ الوثيقة الأصلية في ملف دراسة الباحث، ونسخة 1 للمريض، ونسخة 1 ستحفظ في سجلات المريض في المستشفى