

نموذج الموافقة

إذا كنت توافق على المشاركة في هذه الدراسة يُرجى تقديم الموافقة على كل العبارات الواردة أدناه.

١-	لقد قرأت، أو تمت قراءة ذلك لي بلغتي الأم، و أفهم ورقة معلومات المشارك.	☐ نعم
٢-	تم إعطائي وقتاً كافياً للتفكير في ما إذا كنت سأشارك في هذه الدراسة أم لا.	☐ نعم
٣-	سُحنت لي الفرصة للإستعانة بممثل قانوني/ دعم الأسرة/ العائلة أو صديق لمساعدتي في طرح الأسئلة و فهم الدراسة.	☐ نعم
٤-	أشعر بالرضا عن الإجابات التي تم إعطاؤها إلي فيما يتعلق بالدراسة و لدي نسخة من نموذج الموافقة وورقة المعلومات.	☐ نعم
٥-	أوافق على استخدام الخدمات الصحية عن بعد واستخدام مكالمات الفيديو فيما يخص غرض هذه الدراسة.	☐ نعم
٦-	أوافق على قيام موظفي البحث بجمع معلوماتي و معالجتها، بما في ذلك المعلومات عن صحتي.	☐ نعم
٧-	أعرف من الذي يجب علي الاتصال به إذا كان لدي أي أسئلة حول الدراسة بشكل عام.	☐ نعم
٨-	أفهم أن المشاركة في هذه الدراسة أمر تطوعي (اختياري) و أنه يمكنني الانسحاب من الدراسة في أي وقت دون أن يؤثر ذلك على الرعاية الطبية الخاصة بي.	☐ نعم
٩-	إذا قررت الانسحاب من الدراسة، فإني أوافق على أن المعلومات المُجمعة عني حتى اللحظة التي إنسحبت فيها قد يتم الإستمرار في معالجتها.	☐ لا ☐ نعم
١٠-	أوافق على تزويد الطبيب العام لدي أو مقدم الخدمة الصحية الخاص بي بأية نتائج مهمة تم الحصول عليها أثناء الدراسة.	☐ لا ☐ نعم
	(يرجى مناقشة هذا السؤال مع المقابل)	
١١-	أوافق على استخدام رقم التأمين الصحي الوطني الخاص بي (NHI) في مقارنة عدد الزيارات التي قمت بها إلى مقدمي الخدمات الصحية خلال الخمس سنوات السابقة و أثناء مشاركتي في الدراسة.	☐ لا ☐ نعم
١٢-	إذا لزم الأمر، لمزيد من الدعم، أوافق على أن تتم إحالتي إلى الخدمات المناسبة.	☐ لا ☐ نعم

١٣-	أوافق على تعيين مُدقق معتمد من قبل لجان نيوزيلاندا لأخلاقيات الصحة و الإحتياجات الخاصة، أو أية هيئة تنظيمية ذات صلة أخرى أو ممثلها المعتمدين الذين يقومون بمراجعة سجلاتي الطبية ذات صلة و ذلك للتحقق من دقة المعلومات المسجلة في الدراسة.	نعم ☐
-----	---	------------------------------

١٤-	أتمنى الحصول على ملخص النتائج من الدراسة.	نعم ☐ لا ☐
-----	---	--

١٥-	أوافق على التواصل معي حول الدراسات المستقبلية بعد 3 أو 5 سنوات من تاريخ الهجوم الإرهابي.	نعم ☐ لا ☐
-----	--	--

١٦-	أفهم أن مشاركتي في هذه الدراسة سرية و لن يتم استخدام أي مادة، من شأنها أن تحدد شخصيتي، في أي تقارير حول هذه الدراسة.	نعم ☐
-----	--	------------------------------

تصريح من قبل المشارك:

أوافق بموجب هذه الوثيقة على المشاركة في هذه الدراسة.

إسم المشارك:

التوقيع:

التاريخ: