

موافقة للاشتراك في السجل الوطني لأمراض الكلى

اسم الطبيب المسؤول: _____

عنوان البحث: انشاء سجل وطني لأمراض الكلى في لبنان

وصف البحث العلمي وهدفه وتفسير مجرياته

ان قسم غسيل الكلى في مستشفى _____ يشارك في السجل الوطني لأمراض الكلى بناء على توصية وزارة الصحة اللبنانية. هذه المشاركة تتضمن تقديم المعلومات الديموغرافية و العلاجية للمرضى بشكل دوري؛ لتقييم الانماط العلاجية في لبنان و نتائجها السريرية بهدف تحديد أفضل الممارسات الطبية في علاج مرضى الكلى وتعميمها.

تشرف الجمعية اللبنانية لأمراض الكلى و الضغط الدموي على ادارة هذا السجل الوطني؛ كما أوكلت مهمة تجميع المعلومات و حفظها الى فريق بحثي مستقل تابع ل "شركاء في الصحة والأبحاث ش.م.م." وذلك حفاظا على السرية التامة لمعلومات المرضى الشخصية والعلاجية.

يشارك في هذا السجل جميع المستشفيات التي تضم قسم لغسيل الكلى في لبنان (عددها 57 مركزا بتاريخه) ويتوقع أن يشمل جميع المرضى الذين يتلقون العلاج فيها (حوالي 27 00 مريض). يتم ادخال المعلومات عبر الأنترنت الي موقع خاص و حصري لكل مستشفى و محمي بثلاثة مستويات من الكلمات السرية. كما سيجري الطبيب المسؤول أو احد مساعديه أو الأطباء الآخرين أو العاملين في المركز مقابلة قصيرة لشرح تفاصيل هذا البحث و الاجابة عن أي سؤال لديك, ومن ثم لأخذ موافقتك على المشاركة. كما ستجرى مقابلة أو أكثر معك أثناء البحث لجمع بعض المعلومات الاضافية حول الأوضاع العائلية أو الغذائية أو الصحية المستجدة.

تأثيرات المشاركة في هذا البحث العلمي

متطلبات مشاركتك في هذا البحث لا تتعدى الوقت المطلوب للمقابلات المذكورة أعلاه اذ أن معظم المعلومات سيتم نقلها من ملفك الطبي. لا نتوقع أي تأثيرات سلبية من مشاركتك في هذا البحث اذ أنه لا يتضمن أي اضافة أو تغيير في علاجك المعتاد. ان مشاركتك في هذا البحث هي اختيارية و يمكنك رفض المشاركة دون أن يؤثر ذلك على استمرارية علاجك.

في حال وافقت على المشاركة في هذا البحث سيبقى اسمك طبي الكتمان ولن يكون لأي شخص حق الاطلاع على ملفك الطبي باستثناء الطبيب المسؤول أو لجنة الأخلاق المهنية المستقلة في المستشفى والمسؤولة عن حماية خصوصية و سرية معلومات المرضى فقط في الحالات التي يتطلبها القانون.

مع فهمي الكامل للمعلومات التي أعطيت لي و نتيجة لذلك أوافق على الإشتراك في هذه الدراسة.

موافقة الباحث:

لقد شرحت بالتفصيل للمشارك في البحث الطبي _____ (اسم المشارك او ممثله القانوني) طبيعة ومجريات البحث وتأثيرات المشاركة؛ وأجبت على أسئلته بأفضل استطاعتي؛ وسوف أعلم المشارك بأي تغييرات في مجريات هذا البحث في حال حصولها.

توقيع

إسم الباحث او الشخص الموكل للحصول على موافقة المشارك

التاريخ

موافقة المشارك:

قرأت استمارة القبول هذه وفهمت مضمونها. تمت الأجابة على أسئلتي جميعها. وبناء عليه فأنتي ، حرا مختارا، أ جيز إجراء هذا البحث و أوافق على الإشتراك فيه، وإني أعلم ان الباحث الدكتور(ة) _____ مستعدين للإجابة على أسئلتي، و أنه باستطاعتي الإتصال بهم على الهاتف _____ المقسم _____ . وإذا شعرت لاحقا ان الأجوبة تحتاج الى مزيد من الإيضاح فسوف أتصل ب أحد اعضاء لجنة الأخلاقيات _____ المقسم _____). كما أعرف تمام المعرفة بانني حر في الإنسحاب من هذا البحث متى شئت حتى بعد التوقيع على الموافقة دون ان يؤثر ذلك على العناية الطبية المقدمة لي. أعلم أي سوف أحصل على نسخة طبق الأصل عن هذه الموافقة.

وبناء عليه فأنتي اصرح طائعا مختارا بقبولي ما ورد في هذه الموافقة.

توقيع المشارك او ممثله القانوني

إسم المشارك

التاريخ