|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **موضوع الدراسة** | | |
|  | | |
|  | | |
| يُطلب منك المشاركة الطوعية في استطلاع دراسة البحث هذا. وهدف هذه الدراسة هو فهم      . حيث أنك مؤهل للمشاركة بسبب      . ونتوقع **رقم** مشاركة على الأقل في هذا الاستطلاع في **موقع مكاني**.  **بموافقتك على المشاركة، ستشمل مشاركتك إكمال استطلاع.**. إذ أنه لن يستغرق أكثر من **وقت تقريبي. ولك الحق بعدم الإجابة عن بعض أو جميع الأسئلة. حيث أنه لن يتم الإفصاح عن اسمك في استطلاعك المكتمل، ولن تُجمع أي معلومات تعريفية كجزء من هذا الاستطلاع.**  سيتم الإجابة على أي أسئلة لديك. ويحق لك ترك الاستطلاع في أي وقت قبل إنهائه. ولن يؤثر هذا على رعايتك الصحية في حال إكمالك للاستطلاع أو لا. حيث لا يوجد أي مخاطر معروفة عند مشاركتك. ولا يُتوقع أي مصلحة مباشرة من مشاركتك. إذ أن المعلومات قد تساعد **على سبيل المثال: كيف سيُساعد أيًا يكن**. ولن يُكلفك هذا إلا وقتك، ولن يُدفع لك أي مبلغ لمشاركتك في هذا الدراسة.  لن يطّلع على المعلومات التي قدمتها إلا فريق الدراسة حيث ستبقى مجهولة الهوية. وستُلخّص بيانات المستجوبين في تقارير.  يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات من الباحث الرئيس      . وإن كان لديك أسئلة تتعلق بحقوقك كمشارك في البحث، يمكنك الاتصال بمكتب لجنة أخلاقيات المهنة في مدينة الملك فهد الطبية على الرقم ٩٩٩٩-٢٨٨(٠١١) تحويلة ٢٦٩١٣.  يشير إكمالك لهذا الاستطلاع على موافقتك الطوعية على المشاركة. من خلال المشاركة في الاستطلاع، فأنت تعطي الإذن للباحث باستخدام معلوماتك لأغراض بحثية.  شكراً لك | | |
|  |  | |
|  |  | |
|  | | اسم الباحث الرئيس أو الباحث |
|  | | التوقيع والختم (إن وُجد) |
|  | | العنوان |
|  | | رقم التواصل |