|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IRB Log Number:** |       |       | **رقم البحث العلمي:** |
| **Subject or Study Number:** |       |       | **اسم المشارك:** |
| **Medical Record Number:** |       |       | **عنوان البحث العلمي:** |
| **Study Title:** |       |
|       | **عنوان البحث العلمي:** |
| **Principal Investigator:** |       |       | **الباحث الرئيس:** |
| **Address:** |       |       | **العنوان:** |
| **Telephone:** |       |       | **رقم الهاتف:** |
|  |
| **Why is this study being done?** | **ما سبب القيام بهذا البحث العلمي؟** |
|       |       |
|  |
| **How many people will take part in this study?** | **كم عدد الأشخاص المفترض مشاركتهم في هذا البحث العلمي؟** |
|       |       |
|  |
| **What is involved in the Study?** | **ماذا يتضمن هذا البحث العلمي؟** |
|       |       |
|  |
| **Study location:** | **موقع إجراء هذا البحث العلمي:** |
|       |       |
|  |
| **What is expected of me during the study?** | **ما المطلوب مني خلال هذا البحث العلمي؟** |
| [How long will the individual subject’s participation last?]  | ]مدة مشاركة الشخص المعني؟[ |
|  |
| **Can I stop being in this study?** | **هل يمكنني إنهاء المشاركة في هذا البحث العلمي؟** |
| You can decide to stop at any time. Taking part is purely voluntary. | المشاركة طوعيه محضة ويمكنك أن تنهيها في أي وقت تشاء. |
|  |
| **What are the benefits of this study?** | **ما هي فوائد هذا البحث العلمي؟** |
| *[e.g., no benefits]:*There will be no direct benefit to you from taking part in this study. Study results may be useful to the patients in the future.  | [على سبيل المثال, لا توجد فوائد*[*:لن تكون هناك أي فائدة مباشرة لك من المشاركة في هذا البحث العلمي. نتائج هذا البحث قد تكون مفيدة للمرضى في المستقبل. |

|  |  |
| --- | --- |
| **What are the risks of this study?** | **ما هي المخاطر المتوقعة من المشاركة في هذا البحث العلمي؟** |
|       |       |
|  |
| **What if I am injured because I took part in this study?** | **ماذا سيحدث إذا أصابني ضرر جراء المشاركة هذا البحث العلمي؟** |
| If you are injured as a result of being in this study, treatment will be provided by KFMC at no cost to you. | إذا حدث أن أصبت بضرر نتيجة مشاركتك في هذا البحث العلمي، ستقدم لك مدينة الملك فهد الطبية العلاج دون أي تكلفة لك. |
|  |
| **What are the costs of this study?** | **وما هي تكاليف المشاركة في هذا البحث العلمي؟** |
| There are no costs to you if you take part in this study. | لا توجد تكاليف للمشاركة في هذه هذا البحث العلمي. |
|  |
| **Will I be paid for taking part in this study?** | **هل هنالك اجر مقابل المشاركة في هذا البحث العلمي؟** |
|       |       |
|  |
| **What are the alternatives?** | **ما هي البدائل؟** |
|       |       |
|  |
| **Will my information be kept private?** | **هل سيتم الحفاظ علي معلوماتي بسرية؟** |
| Your personal information will be kept private. It will be given out only if required by law. Your personal information will not be used in any reports. | معلوماتك الشخصية سيتم الحفاظ عليها بسرية تامة. ولا تعطي إلا إذا اقتضى الأمر وذلك في حدود النظم والقوانين المطبقة بهذا الخصوص. معلوماتك الشخصية لن تستخدم في أي تقارير. |
|  |
| **What are my rights if I take part in this study?** | **ما هي حقوقي إذا شاركت في هذا البحث العلمي؟** |
| Taking part in this study is your choice. You may choose to take part or not to take part. If you decide to take part in the study, you can quit at any time. There will be no penalty to you for your decision. Your medical care will not change. | المشاركة في هذا البحث العلمي هي بمحض اختيارك. يمكنك أن تختار المشاركة أو لا. إذا قررت أن تشارك في هذا البحث العلمي، يمكنك التوقف في أي وقت تشاء. وإذا لم تشارك لن تكون هناك أي عقوبة لك, ولا تتأثر الرعاية الطبية المقدمة لك بسبب هذا القرار. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Who do I call if I have questions or problems?** | **بمن يمكنني الاتصال إذا كان لدي أسئلة أو مشاكل؟** |
| If you have questions about the study, you can call PI at      . If you have any questions about “rights of human subjects,” you may call the Chairman of the IRB at extension 26913. If you have an emergency, call       . | إذا كانت لديك أسئلة عن هذا البحث العلمي ، يمكنك الاتصال بالباحث الرئيس على هذا الرقم      . إذا كانت لديك أي تساؤلات حول "حقوق الاشخاص موضوع البحث، “ يمكنك الاتصال برئيس لجنة أخلاقيات البحث العلمي (IRB) على الرقم 26913 . إذا كان لديك مكالمة طارئة اتصل ب       . |
|  |
| **CONSENT:** | **إقرار بالموافقة:** |
| **Subject:** | **المشارك:** |
| I will receive a signed copy of this consent form. | أقر أنا بأن هذا البحث العلمي وإجراءاته قد تم شرحها لي. لقد سمح لي بأن اسأل كل سؤال لدي الآن. ويمكنني أن اسأل أي أسئلة إضافية في أي وقت لاحق. كما يمكنني إنهاء المشاركة في هذا البحث العلمي في أي وقت دون أن تتأثر الرعاية الصحية المقدمة لي.سأحصل على نسخة موقعة من الإقرار بالموافقة. |
|  |
| **Subject Signature:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | توقيع المشارك: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Date:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | التاريخ: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Time:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** [ ]  AM [ ]  PM | الوقت: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ص [ ]  م [ ]  |
|  |
| **Person Obtaining Consent:** | **الشخص الحاصل علي الإقرار** **بالموافقة:** |
| I have explained the nature and purpose of the study and the risks involved. I have answered and will answer questions to the best of my ability. I will give a signed copy of the consent form to the subject. | أقر بأنني قد شرحت بصورة كاملة, طبيعة هذا البحث العلمي والغرض منه وما ينطوي عليه من مخاطر. ولقد أجبت على جميع الأسئلة بقدر الإمكان. سأعطي نسخة موقعة من الإقرار بالموافقة للمشارك المذكور أعلاه. |
|  |
| **Signature of Person Obtaining Consent:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيع الشخص الحاصل علي الإقرار بالموافقة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Date:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | التاريخ: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Time:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** [ ]  AM [ ]  PM | الوقت: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ص [ ]  م [ ]  |
|  |
| **Principal Investigator:** | **الباحث الرئيس:** |
| **Signature of Principal Investigator:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيع الباحث الرئيس: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Date:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Time:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** [ ]  AM [ ]  PM | الوقت: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ص [ ]  م [ ]  |
|  |  |