

نموذج موافقة للمريض والممثل تجربة CRASH-3

عنوان البحث: حمض الترانينكساميك لعلاج إصابات الدماغ الرضية الخطيرة: تجربة دولية معشاة بنظام التعمية المزدوجة مضبوطة بالدواء الوهمي

					المحقق المحلي الرئيسي		رمز المستشفى
					رقم التعشية		رقم هوية مستشفى المريض
الزرمة	الصندوق						
					في حال وجود ممثل، صلة قرابته بالمريض		إسم المريض

رقم الإصدار: 1 / تاريخ الإصدار: 2011/10/01

1. أؤكد أنني قد قرأت وفهمت ورقة المعلومات، الإصدار الأول، تاريخ الإصدار 2011/10/01، المتعلقة بالدراسة المذكورة أعلاه وأنه قد أتيت لي الفرصة لطرح الأسئلة.
2. أدرك أن موافقتي طوعية وأنه يحق لي سحب هذه الموافقة في أي وقت دون إعطاء أي سبب ودون أن تتأثر الرعاية الطبية الخاصة بي/بالمريض أو دون أن تتأثر أي من الحقوق القانونية.
3. أدرك أنه قد يتم الاطلاع على أجزاء من ملاحظاتي/ملاحظات المريض الطبية من قبل المسؤولين القائمين على هذه الدراسة. وأمنح الإذن لهؤلاء المسؤولين بالوصول إلى هذه السجلات.
4. أعطي الإذن بنسخ نموذج الموافقة هذا والذي يحتوي على معلوماتي/معلومات المريض الشخصية ليستخدم في مركز تنسيق التجارب في لندن لأغراض المراقبة فقط.
5. أعطي الإذن بإعطاء طبيبي/طبيب المريض معلومات حول المشاركة في هذه التجربة.
6. أوافق على مشاركتي/مشاركة المريض في الدراسة المذكورة أعلاه، تجربة CRASH-3.

التوقيع (بصمة الإبهام أو أي علامة أخرى في حال عدم قدرة المريض على التوقيع)

التاريخ

إسم المريض/الممثل

التوقيع

التاريخ

إسم الشخص المستلم للموافقة

التوقيع

التاريخ

إسم المحقق الرئيسي للموقع

المريض/الممثل لا يستطيع التوقيع. بصفتي شاهداً، أؤكد أن جميع المعلومات حول التجربة قد أعطيت للمريض/الممثل وأنه قد وافق على المشاركة.

التوقيع

التاريخ

إسم الشاهد

نسخة أصلية تحفظ في ملف دراسة المحقق

نسخة 1 للمريض

نسخة 1 تحفظ في سجلات المريض في المستشفى