

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
الرزمة	الصندوق						إسم المريض
					في حال وجود ممثل، صلة قرابته بالمريض		

رقم الإصدار: 1.2 / تاريخ الإصدار: 2016/09/06

1. أؤكد أنني قد قرأت وفهمت ورقة المعلومات، الإصدار 1.2، تاريخ الإصدار 2016/09/06، المتعلقة بالدراسة المذكورة أعلاه وأنه قد أُتيحت 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.

إسم المريض/الممثل التاريخ التوقيع (بصمة الإبهام أو أي علامة أخرى في حال عدم قدرة المريض على التوقيع)

إسم الشخص المستلم للموافقة التاريخ التوقيع

إسم المحقق الرئيسي للموقع التاريخ التوقيع

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

إسم الشاهد التاريخ التوقيع

نسخة أصلية تحفظ في ملف دراسة المحقق

نسخة 1 للمريض

نسخة 1 تحفظ في سجلات المريض في المستشفى