



مستشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث

King Faisal Specialist Hospital & Research Centre

Gen. Org. مؤسسة عامة

فرع جدة - Jeddah Branch

CONSENT FOR PARTICIPATION IN GENETIC RESEARCH

موافقة بالمشاركة في بحث جيني

Approval date of Consent Form: _____

Expiration date of Consent Form: _____

تاريخ الموافقة: _____

تاريخ انتهاء الموافقة: _____

GENERAL SECTION:

القسم العام:

I confirm that _____
(investigator's name)
has explained the procedure(s) That I (my
child/_____) will have done with
respect to _____ which is
(genetic condition)
part of the research study _____
(title of research proposal)

أقر أنا: _____
بتوضيح
(اسم الباحث)
الإجراء (الإجراءات) التي ستجري لي (لطفلي/ _____)
بشأن _____ و التي تمثل جزءا من
(الحالة الجينية) (الوراثية)
دراسة بحثية _____
(عنوان البحث المقترح)

I also confirm that any questions I have asked have been answered to my satisfaction. The discomforts, consequences and possible risks associated with these tests have been explained to me. I understand that it is my choice whether or not to participate in this study. Results of the study will be explained to me, and I understand that this information may be shared, if necessary, with professionals involved in my (my child's/_____) medical care, including our family physician. I have been assured that records relating to me (my child/_____) will be kept confidential, and that no information will be released or printed that will reveal my (my child's/_____) identity without my permission or unless required by law.

كما أقر بأن كافة الأسئلة التي قمت بتوجيهها قد تمت الإجابة عليها بشكل مرضي. وقد تم توضيح الصعوبات و العواقب و المخاطر المحتملة المرتبطة بهذه التجارب. و إنني أدرك أنني خيرت بأن أشارك أو لا أشارك في هذه الدراسة، و فهمت بأن نتائج الدراسة سوف يتم توضيحها لي و أن هذه المعلومات يمكن تقاسمها، إذا كان ذلك ضروريا مع الاختصاصيين المشتركين في الرعاية الصحية الخاصة بي أو بطفلي (_____) بما في ذلك الطبيب الخاص بالأسرة. وقد تم التأكيد بأن البيانات المتعلقة بي (و طفلي/) / (_____) سوف تبقى سرية ولن يتم الإفشاء بها أو طباعتها على نحو يوضح هويتي أو هوية (طفلي/) بدون موافقتي أو ما لم يكن ذلك لازما بموجب القانون.

I understand that the interpretation of the genetic information will depend in part on the family information I have given. Differences between family information and the results of genetic tests occur when the parents of a child are different from those reported. Nonpaternity may be detected during this research. I understand that I (my child/_____) have the right to potential benefits of any therapeutic outcome of this study.

لقد فهمت بأن تفسيرات المعلومات الجينية سوف تعتمد في جزء منها على المعلومات المتعلقة بالأسرة التي قدمتها للجهاز الطبي. وأن حدوث اختلافات بين المعلومات المتعلقة بالأسرة و بنتائج الاختبارات الجينية قد تحدث عندما تكون المعلومات عن الأبوين مختلفة عن تلك المعلومات المبلغة للجهاز الطبي. و يمكن استجلاء انتقاء الأبوة خلال هذا البحث. و أن لي (و لطفلي/) الحق في الاستفادة من النتائج العلاجية لهذه الدراسة مستقبلا.

Continued . . .

CLOSED CONSENT:

Closed consent means that any tissue or DNA obtained from me (my child/_____) will be analyzed, and then destroyed. Specifically, I give my consent for a blood/tissue sample to be taken only for this research study _____ The sample

(title of research proposal)

and any DNA extracted from it will be destroyed once the results of the study are available. I also understand that if you want further samples to expand this research in the future, you will need to retake my informed consent.

Signature: _____ **Date:** _____

(Participant/parent/guardian)

Witness: _____ **Date:** _____

Signature: _____ **Date:** _____

(Investigator/Delegate)

موافقة حصرية:

تعني الموافقة المقصورة بأن أي من الأنسجة أو الحامض النووي DNA التي يتم الحصول عليها منا (طفلي / _____) سوف يتم تحليله ومن ثم إهلاكه. وأوافق على وجه التحديد على أخذ عينه دم / نسيج فقط لهذا البحث.

الدراسة: _____

(عنوان البحث المقترح)

ثم إهلاك العينة و الحامض النووي DNA المستخلص حالما تكون نتائج الدراسة متاحة . وقد فهمت أيضا بأنه إذا احتجتم لعينات إضافية لتوسيع هذا البحث مستقبلا فإنه يلزمكم اخذ موافقتي مرة أخرى .

التوقيع: _____ **التاريخ:** _____

(الخاضع للدراسة/الوالدين/الوصي)

الشاهد _____

_____ **التاريخ:** _____

توقيع _____ الباحث/الموكل :

_____ **التاريخ:** _____