



دولة ليبيا  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة ليبيا  
لجنة أخلاقيات البحث العلمي  
نموذج رقم (2) للحصول على الموافقة المستنيرة لأجراء بحث (دراسة) علمي على مشارك متطوع

أولاً: عنوان البحث: .....

ثانياً: دعوة المشاركة في البحث (الدراسة):

أنت مدعوة للمشاركة في بحث (دراسة) علمي (سري) الرجاء أن تأخذ(ي) الوقت الكافي لقراءة المعلومات التالية قبل أن تقرر(ي) إذا ما كنت ترغب(ين) في المشاركة أم لا، وبإمكانك طلب إيضاحات أو معلومات إضافية عن أي شيء مذكور في هذه النموذج أو عن هذه الدراسة (البحث) من الباحث الرئيسي. علماً بأنك لن تتحمل(ي) أي تكاليف مادية.

• اسم المبحوث: ..... الجنس: ..... العمر: .....

• تاريخ الميلاد: ..... الرقم الوطني: ..... المستوى العلمي: .....

• مكان الدراسة: .....

• وصف البحث: .....

• الهدف من الدراسة: .....

• الفوائد المتوقعة من الدراسة: .....

• التأثيرات السلبية والمخاطر المحتملة التي يمكن ان يسببها الاشتراك في هذا الدراسة: .....

• البدائل المتاحة: .....

### ثالثاً: حقوق المشارك:

من حقك الامتناع عن المشاركة في هذا البحث (الدراسة) وفي هذه الحالة ستتلقى علاجك المعتاد، وأيضا من حقك الانسحاب من المشاركة في هذه الدراسة (البحث) في أي وقت دون ابداء أسباب ولن يكون عليك أية عواقب سلبية وبدون أن تطالب(ي) أو تتحمل(ي) أي تكاليف وسوف يتم إخبارك بأي معلومات جديدة قد تظهر خلال البحث (الدراسة) والتي يمكن أن تؤثر على الاستمرار في الدراسة (البحث).

#### • **سرية المعلومات:**

سوف تعامل جميع معلوماتك وبياناتك بسرية تامة ولن يطلع عليها سوى الباحث الرئيسي وأعضاء الفريق البحثي.

عند وجود أي استفسار لديك يمكنك الاتصال بالباحث الرئيسي: .....تليفون: .....  
أو مقرر اللجنة الوطنية لأخلاقيات: .....تليفون: .....

#### رابعاً: إقرار الباحث الرئيسي:

لقد أطلعت المريض (الممثل القانوني) بالتفصيل على التعهد للاشتراك في البحث، وأفهمت المريض (الممثل القانوني) الغاية من هذه الدراسة (البحث) وعن أخطارها وفوائدها. ولقد أجبته المشترك (الممثل القانوني) على جميع الأسئلة التي تقدم بها بوضوح تام وتعهدت له بإعلامه عن أي تغيير يطرأ في موضوع هذا البحث (الدراسة).

• اسم الباحث الرئيسي: .....التوقيع: .....

#### خامساً: إقرار المريض(ة) بالمشاركة في البحث:

أنا الموقع أدناه وبعد أن اطلعت واستوعبت كل جوانب هذا البحث وأجبت عن كل أسئلتي أوافق بمليء إرادتي على المشاركة في هذه الدراسة وأنا على علم تام بأنني أستطيع الاتصال بالدكتور: .....على الرقم: .....أو بأي من ممثليه الضالعين بهذه الدراسة (البحث) وذلك إذا أردت توجيه أي سؤال، كما أنني أعلم أنه فيما لو أن أسئلتي لم يجاب عليها بطريقة مقنعة يمكنني الاتصال بمقرر لجنة الأخلاقيات الدكتور: .....على الرقم: ..... كما إنني أعلم أنه يمكنني الانسحاب من المشاركة في هذه الدراسة في أي وقت شئت حتى بعد التوقيع على هذه الوثيقة وإن العناية التي أتلقاها لن تتأثر بهذا الانسحاب وإنني سوف أزود بنسخة عن هذه الوثيقة.

اسم المريض أو ممثله القانوني/قريبه أو وصيه: .....

• التوقيع أو البصمة: .....

الرقم الوطني: .....

التاريخ والساعة: .....

• اسم الشاهد: .....

التوقيع: .....

الرقم الوطني: .....

التاريخ والساعة: .....

**ملاحظة: تملأ جميع البيانات بمعرفة الباحث الرئيسي.**