

نموذج الحصول على موافقة المريض لنشر المعلومات والصور الخاصة به بهدف الدراسة والبحث

نموذج لتأكيد أخذ موافقة المريض لنشر المعلومات والصور الخاصة للدراسة والبحث:

اسم المريض:	
الصلة بالمريض إذا لم يكن المريض هو الموقع على هذا النموذج:	
وصف للصورة الفوتوغرافية، أو الصورة العادية، أو النص، أو المادة الأخرى (المادة التي تخص المريض، مع إرفاق نسخة من المادة بهذا النموذج):	
العنوان المؤقت للمقال الذي سترد فيه المادة:	

تأكيد الموافقة:

أوافق أنا: (كتابة الاسم كامل بحروف واضحة): _____
على السماح بنشر المادة التي تخصني في المطبوعات الخاصة بمادة البحث موضوع الدراسة.

وأؤكد أنني: (يرجى وضع علامة على المربع المقابل للعبارة التي تؤكدتها):

- ☐ رأيت الصورة، أو الصورة الفوتوغرافية، أو النص، أو المادة الأخرى التي تخصني.
- ☐ قرأت المقال الذي أرسل إلي من الباحث.
- ☐ يحق لي قانوناً منح هذه الموافقة.

وأنا أدرك ما يلي:

1. سيتم نشر المادة دون إرفاق اسمي، لكنني أفهم أن إخفاء الهوية تماماً أمر لا يمكن ضمانه، فقد يتعرف شخص ما في مكان ما مثل شخص تولى رعايتي أو أحد الأقارب علي.
2. قد تظهر المادة أو تتضمن تفاصيل عن حالتي الصحية، أو الإصابة التي تعرضت لها، وأي تنبؤ بمسار المرض، أو علاج أو جراحة خضعتُ لها في الماضي أو قد أخضع في المستقبل.
3. قد يُنشر المقال في دورية توزع على مستوى العالم. وعلى الرغم من أن هذه المنشورات موجهة إلى مختلف القطاعات الصحية وغيرها، إلا أن الكثيرين من غيرهم قد يطلعون عليها أيضاً، ومنهم صحفيون.



4. قد يصبح المقال الذي يحتوي على المادة موضوع بيان صحفي، وقد تنشر روابط له في وسائل التواصل الاجتماعي أو يستخدم في أنشطة ترويجية أخرى.
5. بمجرد نشر المقال، سيوضع على أحد المواقع الإلكترونية الخاصة بجامعة القدس، كما قد يتاح أيضًا على مواقع إلكترونية أخرى.
6. سيتم تحرير نص المقال قبل نشره لتحسين الأسلوب والتناسق وتصحيح أي أخطاء لغوية.
7. لن أتلقي أي منفعة مالية من نشر المقال.
8. يجوز أيضا استخدام المقال، كاملاً أو جزءاً منه، في مطبوعات أو منتجات أخرى ويشمل هذا النشر باللغة الإنجليزية أو مترجماً إلى لغات أخرى، وطباعة أو في صور رقمية أو أي صور أخرى قد يستخدمها ناشرون آخرون حالياً وفي المستقبل.
9. قد يظهر المقال في طباعات محلية للدوريات أو المطبوعات الأخرى، التي تُنشر في فلسطين وخارجها.
10. يمكنني سحب موافقتي في أي وقت قبل النشر، ولكن بمجرد تسليم المقال للنشر (إرساله للطباعة)، فلا يمكن سحب الموافقة.
11. ستحفظ جامعة القدس نموذج الموافقة هذا في سرية تامة طبقاً للقانون.

التوقيع: _____

الاسم بحروف واضحة: _____

العنوان: _____

عنوان البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف: _____

في حالة التوقيع نيابة عن المريض، يرجى ذكر السبب الذي يجعل المريض لا يستطيع الموافقة بنفسه (كأن يكون المريض مثلاً قد توفي، أو عمره أقل من 18 عاماً، أو يعاني من قصور معرفي أو عقلي).

التاريخ: _____

□ إذا كنت توقع بالنيابة عن أسرة أو مجموعة أخرى، فيرجى وضع علامة على المربع لتأكيد أن كل أفراد تلك الأسرة أو المجموعة المعنيين قد تم إخطارهم.

إذا كان المريض طفل عمره 7 سنوات أو أكثر، فيجب أن يؤكد أيضاً موافقته:

التوقيع: _____

الاسم بحروف واضحة: _____
تاريخ الميلاد: _____
التاريخ: _____
بيانات الشخص الذي شرح النموذج وقدمه للمريض أو لممثله مثل (كاتب المقال أو شخص آخر لديه سلطة الحصول على الموافقة).
التوقيع: _____
الاسم بحروف واضحة: _____
الوظيفة: _____
المؤسسة: _____
العنوان: _____
عنوان البريد الإلكتروني: _____
رقم الهاتف: _____
التاريخ: _____