



Menoufia Faculty of Medicine
Accredited
الدراسات العليا

إقرار موافقة مريض

أقرأنا

الاسم: -----
النوع: -----
العمر: -----

بالآتي :-

- ١- باتنى أوافق أن أشارك فى بحث طبي بعنوان :-

- ٢- وأنى قد أخبرت بأن هذا البحث بحث علمى وبأسبابه وأن الاختيار إختيارى.
- ٣- وأنى قد أخبرت بالفوائد التى ستعود على الجميع من نتائج هذا البحث وأن من حقى الاتسحاب من البحث وبدون أى مسئولية.
- ٤- وأنى قد أخبرت بالفترة الزمنية المتوقع إشتراكى فيها فى البحث وأن البيانات الخاصة بالبحث سرية.
- ٥- وأنى قد أخبرت بالجهة التى يجب الرجوع إليها للاستعلام عن أى تساؤلات خاصة بالبحث وحقوقى إذا حدث لى أى مكروه.

وهذا إقرار منى بذلك ،

توقيع الباحث

التاريخ: / / ٢٠١

المقر بما فيه

التاريخ: / / ٢٠١

الرقم القومى : -----

رقم التليفون: -----