**المركز القومى للبحوث**

**لجنة أخلاقيات البحوث الطبية**

**نموذج الموافقة المستنيرة**

**لإجراء دراسة طبية علي مريض مصري**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الاسم:**. ..................................... | **ولى الأمر:** ......................................... | |
| **السن:** ....................................... | **صلة القرابة:** ...................................... | |
| **العنوان:** .................................... | **التليفون:** .......................................... | |
| **الغرض من الموافقة** | | نشر معلومات طبية عن المريض علي قاعدة بيانات مرضي اختلال التكوين الجنسي . | |
| **الهدف من قاعدة بيانات مرضي اختلال التكوين الجنسي** | | 1)تبادل المعلومات الطبية الخاصة بالمريض مع المشتركين في قاعدة البيانات.  2) تخطيط الخدمة المقدمة.  3) المساعدة علي تكوين صورة أكثر وضوحا لمثل هذه الحالات النادرة. | |
|  | |  | |
| **الفائدة الشخصية للمريض** | | تقديم الاستشارة الوراثية و الطبية المناسبة للمريض و ذويه و المساعدة في اتخاذ القرار المناسب لتحديد الجنس و التدخل العلاجي و الجراحي المبكر. | |
| **ما سوف يتم على إجرائه على المريض بالتفصيل** | | |  | | --- | | **(1)التاريخ الطبي: ويشمل ذلك السن ونوع الجنس و تاريخ الحالة و تحليل شجرة العائلة و الحالات المماثلة.**  **(2)الفحص البدني:الفحص الكلي للجسم مع التركيز على فحص الأعضاء التناسلية و تقييم علامات النمو الجنسي الثانوية تبعا للمقاييس المناسبة.**  **(3)تحليل الكروموسومات.**  **)4)تصوير البطن و الحوض بالموجات فوق الصوتية.**  **(5) تحاليل الهرمونات.** | | |
| **الأعراض الجانبية المتوقع حدوثها** | | لا يوجد | |
| **اسم ورقم تليفون المسئول عن البحث عند وجود أى استفسار للمتطوع** | |  | |
| **إقرار الطبيب المعالج** | | أتعهد بالحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالمريض  توقيع الطبيب المعالج: | |
| **موافقة المريض أو ولي أمره** | | أوافق على نشر المعلومات الطبية وقد اطلعت على التفاصيل الكاملة للموضوع.  التوقيع: | |