**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 بالمريضتوقيع الطبيب المعالج: |
| **موافقة المريض أو ولي أمره** | أوافق على نشر المعلومات الطبية وقد اطلعت على التفاصيل الكاملة للموضوع.التوقيع: |