**استمارة الموافقة علي المشاركة في البحث**

**عنوان البحث باللغة العربية**

**دراسة تاثير القطرة المحضرة من عقار النالبيوفين على تخفيف الالم بعد عملية تصحيح الابصار بالليزر السطحي**

الباحثون: استاذ دكتور سامح مسعد فودة جامعة الزقازيق

دكتور هلا كمال مطوط جامعه الزقازيق

الغرض من الدراسة: دراسة تأثير عقار النالبيوفين المقدم على شكل قطرة على تخفيف الالم في الايام الاولى بعد جراحة تصحيح الابصار بالليزر السطحي

الإجراءات / الأعمال المطلوبة من المشارك:

1-استعمال قطرة مسكنة للالم بعد اجراء عملية تصحيح الابصار

2-تسجيل درجة الالم القصوى في الايام الثلاثة الاولى باستعمال تدريج رقمي

3-الحضور للمتابعة يوميا لمدة 8 ايام واستمرار المتابعة حتى انتهاء الاشهر الثلاث الاولى

الفترة الزمنية المطلوبة لمشاركة المريض:ثلاثة اشهر

المخاطر: عدم تسكين الالم بالشكل الكامل- تاخر اندمال الجرح

الفوائد للمشارك والمجتمع: زيادة درجة الراحة بعد عمليات تصحيح الابصار بالليزر السطحي والتي تعتبر اكثر امانا بالنسبة لعمليات تصحيح الابصار الاخري التي تتضمن اجراء قطع طبقي بالقرنية وما يمكن ان يسببه من مضاعفات

حماية خصوصية المشارك و سرية البيانات: سوف تحاط جميع البيانات بالسرية التامة ولن يتم استخدامها في غير الاغراض البحثية المعلن عليها والموافق عليها من قبلك

المشاركة تطوعية: المشاركة تطوعية تمام وعدم موافقتك لن تؤثر تماما على خدمة تلقي العلاج او المتابعة

تكاليف مشاركة المريض فى البحث : لا توجد تكاليف اضافية يتحملها المريض للمشاركة بالبجحث

التعويض: يتم تعويض المريض ماديا وادبيا اذا ما تسبب العلاج في اي مضاعفات لم يتم الاعلان عنها حسب ما ترتئيه لجنة اخلاقيات البحث العلمي

الحق فى الانسحاب:يحق للمشارك في البحث الانسحاب عند اي مرحلة من مراحل البحث ودون ابداء اسباب ودون ان يؤثر هذا الانسحاب على خطة علاجه او متابعته بعد عملية تصحيح الابصار

البدائل المتاحة للمريض فى حالة عدم الرغبة فى المشاركة: يتم استكمال علاج المريض ومتابعته بالطرق العادية المتبعة بعد عمليات تصحيح الابصار بالليزر السطحي

(لا يحرمك التوقيع على نموذج الموافقة هذا أى من حقوقك القانونية بأى حال كما لا يعفي الباحثين أو الراعى أو المؤسسة المشاركة من مسئولياتهم المهنية او القانونية )

* لمعرفة المزيد عن هذه الدراسة يمكنك الاتصال بالدكتور هلا مطوط- ت: 01284921290 02

02

أو في حالة الطوارئ الاتصال خارج مواعيد العمل الرسمية بالدكتور سامح فودة ت: 0504915023 02

أو التوجه الي مركز الدلتا لليزك والعيون

* فى حالة وجود شكوى، يرجى الاتصال بمكتب لجنة مراجعة اخلاقيات البحوث تليفون رقم002050490676

إذا كنت توافق على الاشتراك فى هذه الدراسة، قم بالإشارة فى المكان المناسب فى الجزء التالى:

لقد تم شرح كل المعلومات الواردة فى هذه الاتفاقية: \_\_\_\_\_\_\_.

لقد قرأت وفهمت المعلومات الواردة فى هذه الاتفاقية: \_\_\_\_\_\_\_.

اسم المشارك: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيعه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

البصمة:

شاهد علي إجراءات الموافقة : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ توقيعه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

توقيع مسئول الدراسة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

سارية من : / /20 إلى / / 20

تسلم نسخة للمشارك وتحفظ النسخة الأصلية مع الباحث فى ملف المشارك