|  |  |
| --- | --- |
| **Informed Consent Form for Participation in a Clinical Study** | |
| **نموذج موافقة بعد التبصير للمشاركة في دراسة بحثية سريرية** | |
| Protocol Title: Validity, knowledge, attitude, perception and challenges of using teledentistry among dental patients in Saudi Arabia during covid19 pandemic: Randomized clinical trial. **عنوان الدراسة : التحقق من المعرفة والانطباع والإتجاه والتحديات الخاصة بطب الأسنان الاتصالي تجاه مرضى الأسنان في المملكة العربية السعودية خلال جائحة كورونا 19.**  **Version:1** | |
| **Study Sponsor: Not applicable.** | **راعي الدراسة: لا يوجد** |
| **Chief Investigator: Dr. Khalid Aboalshamat** | **الباحث الرئيسي: د.خالد أبوالشامات** |
| **You are invited to participate in the study because you live in Saudi Arabia and you 18 years old or above.** | **أنت مدعو للمشاركة في الدراسة لأنك تعيش في المملكة العربية السعودية وأكبر من 18 سنة.** |
| **Aims of the study: assess Validity, knowledge, attitude, perception and challenges of using teledentistry among dental patients in Saudi Arabia during covid19 pandemic** | **الهدف/الأهداف من الدراسة: التحقق من المعرفة والانطباع والإتجاه والتحديات الخاصة بطب الأسنان الاتصالي تجاه مرضى الأسنان في المملكة العربية السعودية خلال جائحة كورونا 19** |
| **Number of expected participants: 100** | **عدد الأشخاص المتوقع مشاركتهم في الدراسة: 100** |
| **Participation is voluntary:**  You are completely free to choose whether to join the study or not. Your decision will not affect your relation by Umm Al-Qura University. | **المشاركة في الدراسة مشاركة تطوعية/اختيارية:**  لك مطلق الحرية في المشاركة في الدراسة أوعدمها ولن يكون هناك أي تأثيرسلبي على علاقتك بجامعة أم القرى. |
| **If you decide to participate in this study you will go through the following procedures**   * Answer the questionnaire, and give all information needed through teledentistry, and bring all needed photos. | **إذا قررت الموافقة على المشاركة في الدراسة فسوف تخضع للإجراءات التالية:**   * الإجابة على استبيان ، وحضور جلسة طب أسنان اتصالي عن طريق الجوال والرد على الأسئلة وجلب المعلومات الخاصة بالأسنان ، مع تقديم الصور المطلوبة لذلك |
| **Expected benefits:**  Helping the community to **Validite, knowledge, attitude, perception and challenges of using teledentistry among dental patients in Saudi Arabia during covid19 pandemic** | **الفوائد المتوقعة:**  مساعدة المجتمع في معرفة التحقق من المعرفة والانطباع والإتجاه والتحديات الخاصة بطب الأسنان الاتصالي تجاه مرضى الأسنان في المملكة العربية السعودية خلال جائحة كورونا 19. |
| **Expected risks:**  Not applicable. | **المخاطر المتوقعة (إن وجدت) :**  **لا يوجد** |
| **Freedom of withdrawal:**  You have the right of withdrawal from the study at any time without explaining the cause of withdrawal. | **حرية الانسحاب من الدراسة:**  لديك الحق في الانسحاب من الدراسة في أي وقت بدون إبداء سبب الانسحاب، |
| **Study revision and approval:**  This study was revised and approved by a special board of experts at UQUDENT (the Institutional Review Board-IRB or research ethics committee (. | **مراجعة الدراسة واعتمادها:**  لقد تمت مراجعة واعتماد هذه الدراسة من قبل لجنة من المختصين في أخلاقيات البحث العلمي(مجلس المرجعة المؤسسي أو لجنة أخلاقيات البحث العلمي) بجامعة أم القرى . |
| **How information and results will be used:**  **T**he result of this study will be published in a scientific journal or conference to be used for public knowledge. | **كيفية استخدام نتائج ومعلومات الدراسة؟**  سيتم نشر نتائج هذه الدراسة في مؤتمر علمي أو ورقة علمية ليتم الاستفادة من هذه النتائج. |
| **Confidentiality:**  Your name will not be used in this study, and each participants will have a numerical code. | **سرية معلوماتك** :  لن يتم استخدام اسمك في أي هذه الدراسة. كل شخص سوف يعطى رقم رمزي. |
| **For further information, you can contact Dr. Khalid Aboalshamat (ktaboalshamat@uqu.edu.sa)** | **لمزيد من المعلومات يمكنك التواصل مع د.خالد أبوالشامات (ktaboalshamat@uqu.edu.sa)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Consent statement**  I hereby confirm that all aspects related to the study have been explained to me including aims and procedures and that my participation is voluntary with no extra-expenses and there is no payment offered to me for participation. | **بيان موافقة و إقرار**  أقر أنا الموقع أدناه أنه قد تم شرح كل ما يتعلق بالدراسة لي شاملا أهدافها و إجراءاتها ، وأن مشاركتي تطوعية/اختيارية وأنه لن تترتب على المشاركة أية نفقات إضافية علي كما أنه لا يوجد مقابل مادي للمشاركة. |
| **Signature of the participant:** | **توقيع المشارك:** |
| **Date of consent***(To be personally dated by the participant)* | **تاريخ الموافقة بعد التبصير**(*يكتب المريض التاريخ بنفسه*): |
| **Name of the Principal Investigator** *(or delegate)* | **اسم الباحث الرئيسي** *(أو من ينوب عنه)* |
| **Signature of the Principal Investigator** *(or delegate)* | **توقيع الباحث الرئيسي***(أو من ينوب عنه)* |
| **Date of the consent** *(To be personally dated by the Principal Investigator or delegate)* | **تاريخ الإقرار** *(يكتب التاريخ بمعرفة الباحث الرئيسي أومن ينوب عنه)* |
| **Name of the witness** *(if applicable)* | **اسم الشاهد** *(إن وجد)* |
| **Signature of the witness***(if applicable)* | **توقيع الشاهد***(إن وجد)* |
| **Date of the consent** *(To be personally dated by the witness(* | **تاريخ الإقرار** *(يكتب التاريخ بواسطة الشاهد)* |