



## تفويض بالموافقة على إجراء تقرير وصف حالة

إسم المريض: \_\_\_\_\_ رقم الوثيقة الشخصية للمريض: \_\_\_\_\_  
وصف للمواد المنشورة التي من الممكن أن تعرّف بهوية المريض (صورة فوتوغرافية، أو صورة عادية، أو نص، أو مادة أخرى تخص المريض) (مع إرفاق نسخة من المادة بهذا النموذج):

العنوان المؤقت للمقال العلمي الذي سيتم نشره (عنوان المقال يجب أن يشير بشكل واضح إلى هدف وأهمية نشر الحالة):

### الموافقة

أوافق أنا: \_\_\_\_\_ (الإسم الكامل بحروف واضحة)  
الصلة بالمريض (إذا لم يكن المريض هو الموقع على هذا النموذج): \_\_\_\_\_  
على نشر المادة التي تخصني/ تخص المريض في أحد المجالات العلمية، (نوع النشر) :

وأؤكد أنني (برجى وضع علامة على المربع المقابل للعبارة التي تؤكدها) :

رأيت الصورة، أو الصورة الفوتوغرافية، أو النص، أو المادة الأخرى التي تخصني/ تخص المريض

يحق لي قانوناً منح هذه الموافقة نيابة عن المريض أو الشخص المعني

وأنا أدرك ما يلي:

1. سيتم نشر المادة دون إرفاق اسمي/ اسم المريض، لكنني أفهم إن إخفاء الهوية تماماً أمر لا يمكن ضمانه، فقد يتعرّف شخص ما في مكان ما - مثل شخص تولى رعايتي/ رعاية المريض أو أحد الأقارب - علي/ على المريض.
2. قد تظهر المادة أو تتضمن تفاصيل عن حالتي الصحية/ حالة المريض الصحية أو الإصابة التي تعرضت لها/ تعرض لها المريض، وأي تنبؤ بمسار المرض، أو علاج أو جراحة خضعتُ لها/ خضع لها المريض في الماضي أو قد أخضع/ يخضع لها المريض في المستقبل.
3. قد يُنشر المقال في مجلة تُورّع على مستوى العالم. وعلى الرغم من أن المطبوعات موجهة بالأساس إلى الأطباء وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية، إلا أن الكثيرين من غيرهم قد يطلعون عليها أيضاً، ومنهم أعضاء هيئة التدريس بالجامعة والطلاب والصحفيون.
4. قد يصبح المقال الذي يحتوي على المادة موضوع بيان صحفي أو تلفزيوني أو فيديو مصور، وقد تُنشر روابط له في وسائل التواصل الاجتماعي أو يُستخدم في أنشطة ترويجية أخرى، وستكون متوفرة على مواقع الإنترنت.
5. لن أتلقي/ يتلقى المريض أي منفعة مالية من نشر المقال.
6. يجوز أيضاً استخدام المقال، كاملاً أو جزءاً منه، في مطبوعات أو منشورات أخرى لناشريّن آخرين. ويشمل هذا النشر، النشر باللغة الإنجليزية أو باللغة العربية أو مترجماً إلى لغات أخرى، أو النشر بأسلوب الطباعة الورقية وغير الورقية، أو صور رقمية أو أي أساليب نشر أخرى يمكن استخدامها الآن أو في المستقبل.



## تفويض بالموافقة على إجراء تقرير وصف حالة

٧. ستحفظ مؤسستنا نموذج الموافقة هذا في سرية تامة وفي مكان آمن طبقاً للأنظمة والقوانين المعمول بها، وبما لا يتجاوز المدة اللازمة.

يرجى وضع علامة على المربع لتأكيد ما يلي:

أوافق على أن يحتفظ مستشفى الملك المؤسس عبدالله الجامعي ببيانات الإتصال الخاصة بي، على أن يقتصر الهدف من ذلك على الإتصال بي عند الضرورة في المستقبل.

الإسم بحروف واضحة: \_\_\_\_\_ رقم الوثيقة الشخصية: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

في حالة التوقيع نيابة عن المريض، يُرجى ذكر السبب الذي يمنع المريض من منح الموافقة بنفسه (كأن يكون المريض مثلاً قد توفي، أو عمره أقل من ١٨ عاماً (يتم اخذ الموافقة من ولي أمره / حسب القانون المعمول به بالاردن)، أو يعاني من قصور معرفي أو عقلي):

بيانات الشخص الذي شرح النموذج وقدمه للمريض أو لممثله (مثل كاتب المقال، أو شخص آخر لديه سلطة الحصول على الموافقة).

الإسم بحروف واضحة: \_\_\_\_\_

المؤسسة التي يعمل بها: \_\_\_\_\_ الوظيفة: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_