**Name of patient:** Click or tap here to enter text.

**Provisional title of article in which information l will be included:** Click or tap here to enter text.

**CONSENT**

I confirm that I*(please tick boxes to confirm):*

have read the text to be submitted for publication and I am legally entitled to give this consent.

have seen the photos, images, or other material about me/the patient.

had the opportunity to comment on the article and I am satisfied that the comments, if any, have been reflected in the article

I understand the following:

1. The information will be published without my/the patient’s name attached, however I understand that complete anonymity cannot be guaranteed. It is possible that somebody somewhere - for example, somebody who looked after me/the patient or a relative - may recognize me/the patient.
2. The information may show or include details of my/the patient’s medical condition or injury and any prognosis, treatment or surgery that I have/the patient has, had or may have in the future.
3. The article may be published in a journal which is distributed worldwide. The readers are mainly doctors and other healthcare professionals, academics, students and journalists.
4. I/the patient will not receive any financial benefit from publication of the article.
5. The article may also be used in full or in part in other publications and products published by the scientific journal and/or by other publishers. This includes publication in English and in translation, in print, in digital formats, and in any other formats that may be used by the publishers now and in the future. The article may appear in local editions of journals or other publications.
6. I can revoke my consent at any time before publication, but once the article has been committed to publication (“gone to press”) it will not be possible to revoke the consent.
7. This consent form will be retained securely and confidentially in accordance with PHCC policies. Personal data provided in this form will be used and retained in accordance with PHCC Privacy Policy.

I give my consent for non-identifiable information about me/the patient to be published in a scientific journal.

***To be completed by patient above 18 years and able to consent.***

**Patient Signature:**

**Patient Name:**  Click or tap here to enter text.

**Date***:* Click or tap to enter a date.

***To be completed by guardian if patient is below 18 years or above 18 years and or unable to consent.***

**Guardian Signature:**

**Guardian Name:**  Click or tap here to enter text.

**Date***:* Click or tap to enter a date.

**Relationship with patient:** Click or tap here to enter text.

***To be completed by patient if 11-17 years and has sufficient ability to consent.***

**Patient Signature:**

**Patient name:** Click or tap here to enter text.

**Date of birth:** Click or tap to enter a date.

**Date:**Click or tap to enter a date.

***To be completed by person obtaining consent***

I have accurately read out the information sheet to the potential participant and confirm that the patient/guardian was given an opportunity to ask questions, and all the questions asked by him/her have been answered correctly and to the best of my ability. I confirm that the individual has not been coerced into giving assent, and the consent has been given freely and voluntarily.

A copy of this form has been provided to the participant.

**Signature:**

**Name:** Click or tap here to enter text.

**Job title:** Click or tap here to enter text.

**Affiliation:** Click or tap here to enter text.

**Date:** Click or tap to enter a date.

## نموذج الموافقة للحصول على موافقة المريض على نشر صور و/أو معلومات عنه في مطبوعات علمية.

**اسم المريض: يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب**

**الصلة بالمريض (إذا لم يكن المريض هو الموقع على هذا النموذج):** يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

**وصف للصورة الفوتوغرافية، أو الصورة العادية، أو النص، أو المادة التي تخص المريض، )مع إرفاق نسخة من المادة بهذا النموذج)**

يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

**العنوان المؤقت للمقال الذي سترد فيه المادة:** يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

## الموافقة

أوافق أنا يرجى النقر بالفأرة لطباعة الأسم الكامل على ظهور المادة التي تخصني/تخص المريض في أحدى المطبوعات. وأؤكد أنني (يُرجى وضع علامة على المربع المقابل للعبارة التي تؤكدها)

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

**قرأت المقال الذي سيرسل لأغراض النش و يحق لي قانونا منح هذه الموافقة.**

وأنا أدرك ما يلي:

1. سيتم نشر المادة دون إرفاق اسمي/اسم المريض، لكنني أفهم أن إخفاء الهوية تمامًا أمر لا يمكن ضمانه، فقد يتعرف شخص ما في مكان ما - مثل شخص تولى رعايتي/رعاية المريض أو أحد الأقارب - علّيّ/على المريض.
2. قد تظهِر المادة أو تتضمن تفاصيل عن حالتي الصحية/حالة المريض الصحية أو الإصابة التي تعرضتُ لها/تعرض لها المريض، وأي تنبؤ بمسار المرض، أو علاج أو جراحة خضعتُ لها/خضع لها المريض في الماضي أو قد أخضعُ/يخضع لها المريض في المستقبل.
3. قد يُنشر المقال في دورية تُوزع على مستوى العالم. وهي موجهة بالأساس إلى الأطباء وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية، بالأضافة الى أعضاء هيئة التدريس بالجامعة والطلاب والصحفيون.
4. قد يصبح المقال الذي يحتوي على المادة موضوع بيان صحفي، وقد تُنشر روابط له في وسائل التواصل الاجتماعي أو يُستخدم في أنشطة ترويجية أخرى. بمجرد نشر المقال، كما قد يُتاح أيضًا على مواقع إلكترونية أخرى.
5. لن أتلقى/لن يتلقى المريض أي منفعة مالية من نشر المقال.
6. يجوز أيضًا استخدام المقال، كاملا ً أو جزءًا منه، في مطبوعات أو منتجات أخرى ينشرها ناشرون آخرون. ويشمل هذا النشر باللغة الإنجليزية أو مترجمًا إلى لغات أخرى، وطباعة أو في صور رقمية أو أي صور أخرى قد يستخدمها ناشرون آخرون حاليًا وفي المستقبل.
7. يمكنني سحب موافقتي في أي وقت قبل النشر، ولكن بمجرد تسليم المقال للنشر ("إرساله للطباعة") فلن يمكن سحب الموافقة.
8. ستحفظ مؤسسة الرعاية الصحية الأولية نموذج الموافقة هذا في سرية في مكان آمن طبقًا للقانون واللوائح السارية.

**يُرجى وضع علامة على المربعات لتأكيد ما يلي:**

حين تتعلق هذه الموافقة بمقال منشور في دورية أو مجلة علمية تتناول "تقارير حالات" فقد أتُيحت الفرصة لي/للمريض للتعليق على المقال وقد تم تعديل المقال وفقًا لأي ملاحظات على نحو مرضٍ.

**التوقيع: يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب**

**الاسم بحروف واضحة: يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب**

**العنوان: يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب**

**عنوان البريد الإلكتروني: يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب**

**رقم الهاتف: يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب**

في حالة التوقيع نيابة عن المريض، ُيُرجى ذكر السبب الذي يجعل المريض لا يستطيع الموافقة بنفسه (كأن يكون المريض مثلاً قد توفى، أو عمره أقل من 18 عاما، أو يعاني من قصور معرفي أو عقلي)

يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

**التاريخ: يرجى النقر بالفأرة لأختيار تاريخ مناسب**

**إذا كنت توقع بالنيابة عن أسرة أو مجموعة أخرى، فُيُرجى وضع علامة على المربع لتأكيد أن كل أفراد تلك الأسرة أو المجموعة المعنيين قد تم إخطارهم.**

إذا كان المريض طفل ً عمره 7 سنوات أو أكثر، فيجب أن يؤكد أيضًا موافقته:

**التوقيع:**

**الاسم:** يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

**تاريخ الميلاد: يرجى النقر بالفأرة لأختيار تاريخ مناسب**

**التاريخ: يرجى النقر بالفأرة لأختيار تاريخ مناسب**

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

**الاسم:** يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

**التوقيع:**

**العنوان:** يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

**الوظيفة:** يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

**المؤسسة:** يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

**رقم الهاتف:** يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

**عنوان البريد الإلكتروني:** يرجى النقر بالفأرة لطباعة النص المناسب

**التاريخ: يرجى النقر بالفأرة لأختيار تاريخ مناسب**