

نموذج الموافقة المستنيرة لنشر تقرير الحالة

[اسم الكاتب الذي يقدم تقرير/سلسلة الحالات]

لقد تم علاجك [أو علاج طفلك/الشخص الذي تمثله] في

[اسم المرفق الصحي أو المشروع الطبي].

يعتقد الفريق الطبي الذي اعتنى بك [أو بطفلك/الشخص الذي تمثله] أنه ينبغي نشر الحالة الطبية التي كانت لديك [أو طفلك/الشخص الذي تمثله]، والطريقة التي تمت بها إدارتها (التشخيص والعلاج والمتابعة)، و/أو نتائجها.

وهذا يعني أن مشاركة المعلومات حول حالتك قد تكون مهمة لمساعدة طواقم طبية أخرى على فهم الحالة بشكل أفضل وإدارة المرضى الآخرين الذين عانوا من نفس الحالة بشكل أفضل. سيتم إزالة اسمك وعنوانك ورقم هاتفك، بالإضافة إلى أي تفاصيل شخصية قد تتيح لأحد ما تحديد أنك أنت المشار إليه في المقالة.

لذلك نطلب إذنك أو "موافقتك" لتقديم تقرير عن حالتك يمكن طباعته في مجلة طبية و/أو عبر الإنترنت. وقد يتم تقديمه في مؤتمر أو اجتماع طبي أو غيره، أو استخدامه في كتاب تعليمي أو لأغراض تعليمية أو وسيلة نشر أخرى. يجب على الطاقم الطبي شرح جميع أماكن النشر التي يمكن النشر عليها قبل طلب الموافقة.

ماذا يعني هذا؟

- سيحتوي التقرير المنشور على تفاصيل حول مرضك [أو مرض طفلك/الشخص الذي تمثله]، والاختبارات التي تم إجراؤها، والأدوية والعلاج (العلاجات) الأخرى التي تم إعطاؤها، وآثار العلاج على المرض وعلى جسمك، وتطور المرض ونتيجة الرعاية التي تلقيتها [أو تلقاها طفلك/الشخص الذي تمثله].
- مرة أخرى، لن يحتوي التقرير على اسمك [أو اسم طفلك أو الشخص الذي تمثله]، ولا العنوان أو رقم الهاتف أو الإحداثيات الأخرى التي من شأنها أن تجعل من الممكن التعرف عليك مباشرة.
- ومع ذلك، فيمكن لبعض تفاصيل مرضك أو العلاج الذي تلقيته أن تجعل من الممكن لبعض الناس أن يدركوا أن التقرير يتحدث عنك [أو عن طفلك/الشخص الذي تمثله].
- مقالات المجلات الطبية تُقرأ في الغالب من قبل المتخصصين في الرعاية الصحية وطلاب الرعاية الطبية. ومع ذلك، فإن النشر في مجلة طبية يعني أنه يمكن قراءة التقرير من قبل أي شخص لديه حق الوصول إلى المجلة العلمية، إما على الورق، أو عبر الإنترنت (الكمبيوتر)، في جميع أنحاء العالم. بمجرد نشرها، من الصعب جداً سحبها، لذلك يجب أن تكون متأكداً من رغبتك في مشاركة معلوماتك قبل التوقيع على هذا النموذج.
- إذا كان من المفيد إضافة صورة لك [أو لطفلك/الشخص الذي تمثله] في التقرير لتوضيح الحالة بشكل أفضل، فسنطلب إذنك أولاً ونضمن عدم التعرف عليك في الصورة.

ما الفوائد المرجوة؟

لا توجد فوائد لك [أو لطفلك أو الشخص الذي تمثله]. لن تكون هناك أي فوائد مالية أو مادية أخرى. ومع ذلك، قد يساعد المقال المنشور المرضى المستقبليين الذين يعانون من نفس الحالة على الحصول على علاج أفضل. قد يكون ذلك هنا، في بلدك، أو في بلدان أخرى كذلك. سيساعد ذلك على تدريب الكوادر الصحية على فهم الحالات التي واجهتها أنت [أو طفلك أو الشخص الذي تمثله] بشكل أفضل.

ما هي المخاطر؟

ترتبط المخاطر بإمكانية أن يتعرف عليك شخص يقرأ التقرير [أو على طفلك/الشخص الذي تمثله] ويسبب لك مشاكل (مثل التمييز أو معرفة علاجك الطبي، وما إلى ذلك). قد يكون هذا الشخص من الأقارب أو عامل رعاية صحية أو شخصاً من مجتمعك أو شخصاً آخر.

نظراً لأن اسمك وعنوانك ورقم هاتفك لن يكون في التقرير، فإن الفرص ضئيلة في أن يتعرف عليك شخص ما، لكنها ليست مستحيلة، خاصة إذا كانت حالتك نادرة أو ملحوظة. ونؤكد أنه ستم إزالة أي معلومات شخصية يمكن التعرف عليها.

ما هي خياراتك؟

1. **القبول** – يمكنك قبول نشر تقرير حالتك [أو حالة طفلك أو الشخص الذي تمثله] في مجلة طبية.
2. **الرفض** – يمكنك أيضاً الرفض، والأمر يعود لك كلياً. لن يحدث الرفض أي فارق في رعايتك الطبية هنا في أطباء بلا حدود أو في أي مكان آخر [أو لطفلك أو الشخص الذي تمثله].
3. **القبول ثم الرفض لاحقاً** – يمكنك قبول نشر معلوماتك الآن، ثم تغيير رأيك لاحقاً للحفاظ على خصوصية معلوماتك. يمكنك الرفض في أي وقت قبل نشر التقرير. بمجرد نشر التقرير في المجلة الطبية، لا يمكن إزالته.

يمكنك سحب موافقتك ورفض نشر معلوماتك لاحقاً عن طريق الاتصال بـ:

[اسم وتفاصيل الاتصال بالموظف الذي أخذ الموافقة]

كيف تقدم موافقتك؟

إذا وافقت على إمكانية نشر تقرير عن حالتك [أو حالة طفلك أو الشخص الذي تمثله] في مجلة طبية، فستوقع على هذا النموذج لتأكيد موافقتك. يمكنك أيضاً تقديم بصمة إبهامك لإظهار موافقتك بدلاً من كتابة اسمك. إذا اخترت القيام بذلك، نطلب أن يكون هناك شاهد حاضراً للتوقيع باسمه على النموذج. يمكن أن يكون الشاهد أي شخص تختاره، ويكون قادراً على القراءة ويمكنه أن يوقع. سيكون الشاهد حاضراً أثناء شرح كل شيء لك وعندما توافق على نشر معلوماتك. من خلال توقيعه باسمه، فإنه يؤكد أنك فهمت وستسمح لأطباء بلا حدود بنشر معلوماتك.

إذا كان المريض طفلاً يزيد عمره عن 7 سنوات، فسندعم له أيضاً معلومات حول النشر وسنسأله عما إذا كان يوافق أيضاً على نشر معلوماته. سيكون إذن الطفل إضافة إلى موافقتك بصفتك الوالد أو الوصي أو مقدم الرعاية أو الممثل القانوني أو القائم بالرعاية أو وكيل الطفل. حتى إذا وافقت على أنه يمكن نشر معلومات الطفل، إذا لم يوافق الطفل، فلن يتم النشر.

ستتلقى نسخة من المعلومات التي قدمناها لك للتو ونموذج الموافقة الموقع.

ستحتفظ أطباء بلا حدود بنسخة من نموذج الموافقة لمدة لا تزيد عن ثلاث سنوات في مكان سري آمن، تحت مسؤولية المنسق الطبي. في حالة إغلاق المشروع، سيتم تصوير نماذج الموافقة رقمياً وتخزينها بطريقة محمية بكلمة مرور، تحت مسؤولية الموظفين المناسبين في أحد مكاتب أطباء بلا حدود. بعد ثلاث سنوات، سيتم إتلاف نماذج الموافقة. وإذا كان لدى البلد الذي يتم فيه الحصول على نموذج الموافقة هيئة أخلاقية، فسيتم اتباع إجراءاتها.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فلا تتردد في طرحها علينا، وسنأخذ الوقت الكافي للإجابة حتى تتلقى جميع الإجابات.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو مخاوف في المستقبل، فعليك الاتصال بـ:

[اسم الشخص الذي يحصل على موافقة المريض]

[معلومات الاتصال الخاصة بالشخص الذي يحصل على موافقة المريض]

نموذج موافقة

للموافقة على نشر معلومات المريض و/أو صورته في مجلة علمية و/أو وسائل نشر أخرى مثل الملصقات البحثية والعروض التقديمية للمؤتمرات.

اسم المريض	
العلاقة بالمريض (إذا لم يكن المريض هو الموقع على هذا النموذج)	
وصف المادة المستخدمة (نص، صورة، صورة أشعة)	
عنوان المادة أو المطبوعة المنشورة	

الموافقة

أنا _____ [اطبع الاسم الكامل] أعطي موافقتي على نشر المواد المحددة أعلاه عني/عن المريض في مجلة علمية على الإنترنت.

أؤكد أنني [يرجى وضع علامة في المربعات أدناه]

- ☐ شاهدت أي صور فوتوغرافية أو صور شعاعية سيتم تضمينها في تقرير الحالة
 - ☐ قد تلقيت شرحاً واضحاً لمحتوى تقرير الحالة والغرض منه
 - ☐ مخوّل بإعطاء الموافقة
 - ☐ (إذا كانت الموافقة لطفل) قد أوضحت لطفلي الذي يتراوح عمره بين 7 و 18 عاماً ما هو تقرير الحالة وحصلت على إذنه
 - ☐ (إذا كانت الموافقة عن شخص متوفى) قد أخذت في الاعتبار على النحو الواجب كرامة قريبي المتوفى ورغباته المحتملة
- بتوقيعي على هذا النموذج، أفهم ما يلي:

- سيتم نشر المواد دون اسمي/اسم المريض، ومع ذلك أفهم أنه لا يمكن ضمان عدم الكشف عن الهوية بالكامل. في حين سيتم بذل كل جهد ممكن لإزالة المُعرِّفات المحتملة، فقد يحدث أن يتعرف شخص ما (مثل أحد الأقارب أو أخصائي رعاية صحية) عليّ/على المريض.
- قد تعرض المادة أو تتضمن تفاصيل عن التاريخ الطبي السابق لي/للمريض والحالة الطبية والتشخيص والعلاج والنتيجة.
- يمكن نشر التقرير في مجلة يتم توزيعها في جميع أنحاء العالم. تتم قراءة المجلات الطبية في الغالب من قبل المتخصصين في الرعاية الصحية وطلاب الرعاية الصحية. ومع ذلك، فإن المجلات ذات الوصول المفتوح (المنشورة على الإنترنت) تعني أنه يمكن لأي شخص قراءة التقرير وبالتالي مناقشته أو نقله (على سبيل المثال لأغراض التدريس).
- لن أتلقي أنا/المريض أي فائدة مالية من نشر تقرير الحالة.
- يمكنني إلغاء موافقتي في أي وقت قبل نشر التقرير، لكن من لحظة نشره، سيكون ذلك مستحيلًا.
- سيتم الاحتفاظ بنموذج الموافقة هذا بشكل آمن من قبل منظمة أطباء بلا حدود وليس لفترة أطول من اللازم.

☐ أوافق على قيام أطباء بلا حدود بتخزين تفاصيل الاتصال الخاصة بي لغرض الاتصال بي، إذا لزم الأمر، في المستقبل (على سبيل المثال لتوضيح بعض جوانب العلاج الذي تلقينته أو للحصول على تحديث عن تجربة رعايتك)

يتم تعبئتها من قبل المريض والوالد/الوكيل

الاسم		التاريخ	
العنوان		رقم الهاتف / البريد الإلكتروني	
التوقيع			

يتم ملؤها من قبل والد المريض البالغ من العمر 18 عاماً أو أقل، أو القائم بالرعاية، أو الوكيل القانوني

الاسم		التاريخ	
العنوان		رقم الهاتف / البريد الإلكتروني	
التوقيع			

شاهد في حالة عدم تمكن المريض (أو الوكيل القانوني) من التوقيع:

الاسم		التاريخ	
العنوان		رقم الهاتف / البريد الإلكتروني	
التوقيع			

تفاصيل الشخص الذي قام بشرح وإدارة نموذج الموافقة المستنيرة:

الاسم		التاريخ	
العنوان / البريد الإلكتروني		رقم الهاتف	
المنصب في أطباء بلا حدود			
التوقيع			