**استمارة موافقة للمشاركة في برنامج التحكّم بالألم**

**(Consent for Participation in the Pain Management Programme)**

أوافق أنا المدعو\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_والمقيم في العنوان\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

على المشاركةِ في برنامج التحكّم بالألم.

كما أوافق على كّل ما يلي وأقرّ به (ضع إشارة داخل كّل مربع من فضلك):

□ الحصول على معلوماتي الشخصيّة، كاسمي وعنوانُ سكني ومعلومات الاتّصال بي، وذلك لأغراض المشاركةِ في برنامج التحكّم بالألم.

□ أنّه سيتّم الحصول على معلوماتي الطبّية لغرض مراقبة التقدّم الذي سوف أحرزه أثناء سير البرنامج. وقد تضمّن ذلك معلوماتٍ عن الألم الذي أعاني منه وقدرتي على تأدية وظائفي والقياسات البدنية ومعلوماتٍ أخرى.

□ وأنّه سيتّم الإشارة إلى معلوماتي الطبّية ومناقشتها في المراسلات مع مقدّمي الرعاية الصحيّةالذين )الصحية الذين ) أختارهم ، مثل طبيب الصحة العامة.

□ والسماح لمقدّمي الرعاية الصحّية الذين أختارهم إرسال المعلومات التي تتعلّق بمشاركتي في البرنامج المجتمعيلمعالجة (البرامج المجتمعية لمعالجة) الألم ‘ إلى منسّق البرنامج وذلك لأغراض الإحالة والتقييم.

□ وأدركُ بأن أيّة معلوماتٍ تمّ الحصول عليها لأغراض تقييم برنامج التحكّم بالألم لن تعرِّف بهويّة صاحبها ولن تكون مقرونة باسمهِ.

□ وأدرك بأنّه يجوز لي سحب هذه الموافقة هذا أو تعديلها في أي وقتٍ من الأوقات أثناء سير البرنامج وذلك عن طريق الاتّصال بالخدمة على رقم الهاتف المدّون على ورقة معلومات الخدمة التي إعطيت لي.

|  |
| --- |
| الموافقة على النشر بوسائل الإعلام  □ **أوافق** على استخدام صوري/مشاهد مصوّرة لي/مقابلاتٍ أجريت معي في المنشورات التعليميةِ والتقييميّةِ بهدف الترويج لبرنامج التحكّم بالألم.  □ **لا أوافق** على نشر صوري/مشاهد مصوّرة لي/مقابلاتٍ أجريت معي. |

الاسم\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

لقد وضّحت طلب الموافقة هذا للمُشارك المذكور اسمه أعلاه وأجبت على جميع أسئلتهِ.

الاسم\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_المسمّى الوظيفي\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Published Apr 2017. ACI/D23/841© State of NSW (Agency for Clinical Innovation)

Translated by the WSLHD Translation Service December 2016