

المحاور:

قم بملصق ملصق الرقم المرجعي لدراسة التداوير  
الصحية الوطنية (NHMS) هنا

## نموذج موافقة المشارك

أؤكد أنني تلقيت كتيب المعلومات الموجه للمشاركين.

وأنا أفهم وأوافق على ما يلي:

- عمري 18 سنة أو أكبر.
- لقد قرأت وفهمت كتيب المعلومات الموجه للمشاركين [AHB\_PIB\_V1.2\_24March2022].
- تمكنت من طرح أي أسئلة لدي وتم الرد عليها بما يرضيني.
- أعلم أن اختيار التبرع أو عدم التبرع بالعينات يرجع لي وأقوم بهذا الاختيار بحرية.
- أعلم أن قراري بالمشاركة أو عدم المشاركة لن يؤثر على رعايتي الصحية أو علاجي الطبي أو الوصول إلى الخدمات الحكومية، الآن أو في المستقبل.
- أعلم أنه ليس من المحتمل أن أستفيد بشكل مباشر من المشاركة في البنك الحيوي.
- أفهم أنه يمكنني اختيار التوقف عن المشاركة في أي وقت.
- أعلم أنه يمكن الاحتفاظ بالعينات والمعلومات الخاصة بي إلى أجل غير مسمى.
- أعلم أنه بينما يمكنني طلب إتلاف عيناتي في أي وقت، فقد لا يكون من الممكن إزالة المعلومات التي تم الحصول عليها بالفعل من تحليل عيناتي عندما يكون العمل قد تم نشره بالفعل.
- أعلم أنه قد يتم تقديم عيناتي ونتائج البحث الذي تم إجراؤه على عيناتي لباحثين غير مشتركين في البنك الحيوي لاستخدامها في مشاريع البحوث الصحية والطبية في المستقبل ولن أتمكن من اختيار المشروعات التي يتم استخدامها فيها.
- أعلم أن عيناتي ونتائج البحث الذي تم إجراؤه على عيناتي يمكن ربطها بالمعلومات الصحية والمعلومات التي يحتفظ بها بالفعل مكتب الإحصاء الأسترالي (ABS) أو حكومات الولايات والكومنولث.
- أعلم أن البنك الحيوي سيقدر لمن سيتم إعطاء عيناتي.
- أعلم أنني سألتقى 75 دولاراً لتغطية التكاليف المرتبطة بجمع عيناتي.
- أعلم أنني لن أحصل على أي فائدة مالية إذا كان الباحث التجاري يكسب المال من المنتجات التي قد تأتي من البحث الذي يتم إجراؤه على عيناتي.
- أعلم أنه لن يتم إخباري بشكل مباشر بمشاريع البحث التي تُستخدم عيناتي فيها، وأني لن ألتقى نتائج لأي بحث تم إجراؤه على عيناتي.
- أعلم أنه من الممكن أن يكتشف الباحثون أشياء ذات عواقب صحية خطيرة ومهمة بالنسبة لي أو لعائلتي، وأنه سيتم إخباري بها، إذا اخترت ذلك، من خلال إخبار طبيبي بذلك.
- أعلم أن العينات والمعلومات الخاصة بي لن تتضمن اسمي أو بيانات الاتصال أو المعلومات الأخرى التي تحدد هويتي عند إرسالها إلى الباحثين، لكن البنك الحيوي سيحتفظ بهذه التفاصيل عني بشكل منفصل حتى يتمكن من الاتصال بي.
- أعلم أنه بينما ستتم حماية عيناتي ومعلوماتي الشخصية وتخزينها بشكل آمن، هناك احتمال ضئيل جداً أن يتمكن الباحثون من تحديد هويتي.



أنا أوافق على:

- التبرع بعينات (حوالي 20 مل من الدم و20 مل من البول) إلى البنك الحيوي الأسترالي (Australian Health Biobank) ليتم تخزينها إلى أجل غير مسمى في منشأة آمنة.
- إتاحة العينة ونتائج البحث الذي تم إجراؤه على العينة للباحثين المعتمدين من أجل البحوث الصحية والطبية المستقبلية.
- ربط نتائج البحث الذي أجري على عينتي بالمعلومات الصحية والعامة الحالية عني (مثل وظيفتي أو عمري أو نوعي الاجتماعي) التي تحتفظ بها وكالة ABS أو حكومات الولايات والكمونولث بطريقة لا تحدد هويتي.
- يقوم فريق **Australian Health Biobank** بالاتصال بي في المستقبل لتقديم تحديثات أو طلب المشاركة في مشاريع بحثية جديدة:  
نعم لا (يرجى تحديد ما هو مناسب)

اسم المشارك: (يرجى الكتابة بخط واضح)

توقيع المشارك: التوقيع

التاريخ:

## موافقة اختيارية على البحث الجينومي

أوافق على استخدام عيناتي لمشاريع البحث الجينومية غير المحددة في المستقبل:

نعم لا (يرجى تحديد ما هو مناسب)

إذا وافقت، فأنا أفهم وأوافق على ما يلي:

- أعلم أن السماح بإجراء الاختبارات الجينية على عيناتي هو أمر يرجع لي، وإذا اخترت عدم القيام بذلك، فلا يزال بإمكانني المشاركة في جميع المشاريع الأخرى في البنك الحيوي.
- أعلم أنه سيتم تخزين معلومات الجينوم الخاصة بي بشكل آمن في قاعدة بيانات مخصصة يديرها البنك الحيوي الصحي الأسترالي ولن تتضمن اسمي أو بيانات الاتصال أو المعلومات الأخرى التي تحدد هويتي.
- أعلم أنه من المستبعد جداً أن يتم تحديد هويتي من خلال البحث الجينومي في عيناتي، ولكن هناك احتمال ضئيل جداً بحدوث ذلك.
- أعلم أنه يمكنني اختيار التوقف عن مشاركة عيناتي و/أو معلوماتي الخاصة بأبحاث الجينوم في أي وقت، وأن هذا لن يؤثر على مشاركتي في الأبحاث الأخرى في البنك الحيوي.
- أعلم أن معلوماتي الجينية قد يتم إيداعها في قواعد بيانات دولية خاصة، بحيث يمكن للباحثين الدوليين مشاركة هذه المعلومات للمساعدة في دعم البحوث الصحية والطبية. وأفهم أن هذه المعلومات لن تتضمن أي بيانات يمكن أن تحدد هويتي.
- أؤكد أنني أفهم متطلبات المشاركة في أبحاث الجينوم الخاصة بـ Australian Health Biobank وأني قدمت الموافقة على المشاركة طوعياً. أنا أفهم أنني حر في تغيير رغبتني في استخدام عيناتي في الأبحاث الجينية المستقبلية أم لا.

اسم المشارك: (يرجى الكتابة بخط واضح)

توقيع المشارك: التوقيع

التاريخ:

المحاور:

قم بملصق ملصق الرقم المرجعي لدراسة التدابير  
الصحية الوطنية (NHMS) هنا

## الموافقة الاختيارية على إعادة النتائج الخطيرة من البحث الجينومي

قد يتوصل البنك الحيوي الصحي الأسترالي في مشاريع البحث الجينومي باستخدام عيناتك إلى اكتشاف نتائج خطيرة لها آثار صحية عليك أو على أسرتك. الأمر متروك لك لتقرر ما إذا كنت ترغب أن نخبرك بمثل هذه النتائج وما إذا كنت ترغب أن نبلغ عائلتك إذا لم تتمكن من الاتصال بك.

أرغب في أن يتم إخطاري إذا كان البحث باستخدام عيناتي يكشف عن معلومات ذات تداعيات هامة بالنسبة لي أو لعائلتي.

نعم لا (يرجى تحديد ما هو مناسب)

في حالة عدم إمكانية الاتصال بي:

أرغب في الاتصال بعائلتي أو الشخص المرشح (كما هو موضح أدناه) إذا كان البحث باستخدام العينات البيولوجية الخاصة بي يكشف عن معلومات لها تداعيات هامة بالنسبة لي أو لعائلتي.

نعم لا (يرجى تحديد ما هو مناسب)

أفهم أنه إذا كنت أرغب في أن يتم إخطاري أنا أو الشخص الذي رشحته بشأن نتيجة خطيرة، فسيتم ذلك من خلال الاستشارة والدعم المناسبين المقدمين من المتخصصين الصحيين ذوي الخبرة، بما يتماشى مع البيان الوطني للسلوك الأخلاقي في الأبحاث التي تشمل البشر (2018).

أدرك أنه في حالات نادرة، قد تؤثر هذه النتائج على التأمين الذي قد أقدم للحصول عليه أنا أو أقاربي جينياً في المستقبل.

أفهم أن البنك الحيوي الصحي الأسترالي سيحتاج إلى الاتصال بطبيبي في حالة وجود نتيجة خطيرة.

عليّ أن أخبر البنك الحيوي إذا تغيرت معلومات الاتصال بطبيبي.

اسم الطبيب و/أو العيادة  
الطبية:

عنوان الطبيب:

الضاحية/المدينة:

الرمز البريدي:

الولاية:

أؤكد أنني أقدم موافقتي على أن يتصل بي البنك الحيوي الصحي الأسترالي في حالة حدوث اكتشاف خطير قد يؤثر على صحتي أو صحة عائلتي وأفهم الآثار المحتملة.

أفهم أنني حر في تغيير ما إذا كنت أرغب في الاتصال بي بخصوص أي نتائج جينية خطيرة في أي وقت أم لا.

اسم المشارك:  
(يرجى الكتابة بخط واضح)

توقيع المشارك:

التاريخ:

# ترشيح اختياري لجهة اتصال بديلة

يمكنك ترشيح شخص أو أشخاص ليتصل بهم البنك الحيوي الصحي الأسترالي إذا توفيت، أو كنت غير قادر طبيياً على اتخاذ القرارات أو إذا لم تتمكن من الاتصال بك مباشرة. ويجب أن يكون الشخص/الأشخاص الذين ترشحهم هم ممن تثق بهم، وقد يُطلب منهم تقديم بيانات الاتصال الجديدة الخاصة بك (إذا تغير مكان إقامتك أو تغير رقم هاتفك أو بريدك الإلكتروني)، واتخاذ قرارات بشأن استخدام أو إتلاف العينات الخاصة بك، أو (إذا كنت قد قدمت موافقتك) إبلاغك بالنتائج الخطيرة التي قد تؤثر عليك أو على أسرته.

إذا اخترت ترشيح شخص أو أشخاص بديلة لتتصل بهم، فعليك التحدث معهم حول هذا الأمر للتأكد من أنهم يفهمون أنه قد يتم الاتصال بهم والظروف التي يتم فيها ذلك، وأنهم موافقون على أداء تلك المهمة.

إذا لم تقدم بيانات شخص بديل لتتصل به، ولم تتمكن من الاتصال بك، فسيستمر تطبيق ما وافقت عليه سابقاً حتى يحين الوقت الذي تقوم فيه إما بتغييره أو تزويدنا بشخص أو أشخاص بديلة لتتواصل معهم.

أفهم أنني سأحتاج أن أخبر جهات الاتصال البديلة التي أختارها بمعلومات حول الدراسة حتى يفهموا ما يُطلب منهم وأن أحصل على موافقتهم بأن تقوم منظمة الكومنولث للبحوث العلمية والصناعية (CSIRO) بتسجيل بياناتهم بالاسم والعنوان والبريد الإلكتروني ورقم الهاتف حتى تتمكن المنظمة من الاتصال بهم، وأني سأطلب منهم تقديم بيانات الاتصال الجديدة الخاصة بي، واتخاذ قرارات بشأن استخدام عيناتي أو إتلافها، أو (إذا وافقت) إبلاغهم بالنتائج الخطيرة التي قد تؤثر على عائلتي.

أرغب في أن يتم الاتصال بعائلتي أو الشخص/الأشخاص المرشحين المدرجين أدناه إذا توفيت، أو لم أتمكن من اتخاذ القرارات أو لم يكن من الممكن الاتصال بي بأي طريقة أخرى:

نعم لا (يرجى تحديد ما هو مناسب)

إذا كنت ترغب في ترشيح شخص/أشخاص، فيرجى إضافة بيانات الاتصال الخاصة بهم أدناه:

## المرشح الأول

الاسم الكامل:

العلاقة بي:

العنوان:

الضاحية/المدينة:

الرمز البريدي:

الولاية:

الهاتف:

البريد الإلكتروني:

المرشح الثاني (اختياري)

الاسم الكامل:

العلاقة بي:

العنوان:

الضاحية/المدينة:

الرمز البريدي:

الولاية:

الهاتف:

البريد الإلكتروني:

المحاور:

قم بملصق ملصق الرقم المرجعي لدراسة التداوير  
الصحية الوطنية (NHMS) هنا

## تأكيد المشاركين

أؤكد أنني أفهم متطلبات المشاركة في البنك الحيوي الصحي الأسترالي وأتقدم الموافقة على المشاركة طواعية وأؤكد أنني أجبت على جميع الأقسام المطلوبة من نموذج الموافقة. وأفهم أنه يمكنني اختيار مناقشة مشاركتي في البنك الحيوي مع عائلتي أو أصدقائي، وأنه يمكنني اختيار عدم المشاركة. أفهم أيضاً أنه يمكنني الانسحاب من أي جانب في أي وقت.

اسم المشارك:  
(يرجى الكتابة بخط واضح)

العنوان:

الضاحية/المدينة:

الرمز البريدي:

الولاية:

النوع الاجتماعي:

تاريخ الميلاد:

الهاتف:

البريد الإلكتروني:

توقيع المشارك:

التاريخ:

## معلومات المترجم (إذا انطبق)

يجب أن يكون جميع المترجمين الذين شاركوا في ترجمة كتيب المعلومات الموجهة للمشارك ونموذج الموافقة وجميع المعلومات المقدمة بخصوص البنك الحيوي الأسترالي، إما شخصياً أو عبر الهاتف، مترجمين معتمدين من هيئة الاعتماد الوطنية للمترجمين التحريريين والفوريين (NAATI) حتى تصبح الموافقة سارية.

التاريخ:

[اسم الباحث/من ينوب عنه] أن

أؤكد أنا، .....

المترجم المشارك في ترجمة كتيب المعلومات الموجهة للمشاركين ونموذج الموافقة وجميع المعلومات المقدمة بخصوص البنك الحيوي الصحي الأسترالي قد زدني برقمه في هيئة الاعتماد الوطنية للمترجمين التحريريين والفوريين (NAATI) الصادر من تلك الهيئة.